

Plataforma Brasileira de Direitos Humanos  
Econômicos, Sociais e Culturais

Projeto Relatores Nacionais em Direitos Humanos  
Econômicos, Sociais e Culturais



*Relatório Brasileiro (\*)  
sobre Direitos Humanos  
Econômicos,  
Sociais e Culturais*

2

0

0

3

Meio Ambiente

**Saúde**

Moradia Adequada

Educação

Trabalho

Alimentação, Água e Terra Rural

(\*) Fragmento do relatório,  
contém apenas o Relatório Direito Humano à Saúde.

**Coordenador do Projeto Relatores Nacionais em DhESC e Organizador do Relatório**  
JAYME BENVENUTO LIMA JR.

**Relatores Nacionais em DhESC**

FLAVIO LUIZ SCHIECK VALENTE  
Direito Humano à Alimentação, Terra e Água

JEAN-PIERRE LEROY  
Direito Humano Meio Ambiente

ELEONORA MENICUCCI DE OLIVEIRA  
Direito Humano à Saúde

NELSON SAULE JR.  
Direito Humano à Moradia Adequada

SÉRGIO HADDAD  
Direito Humano à Educação

LUCILA BEATO  
Direito Humano ao Trabalho

**Assessores Nacionais em DhESC**

VALÉRIA TORRES AMARAL BURITY  
Direito Humano à Alimentação, Terra e Água

DANIEL RIBEIRO SILVESTRE  
Direito Humano ao Meio Ambiente

LÚCIA MARIA XAVIER DE CASTRO  
Direito Humano à Saúde

LETÍCIA MARQUES OSÓRIO  
Direito Humano à Moradia Adequada

MARIÂNGELA GRACIANO  
Direito Humano à Educação

CLÉBER VICENTE GONÇALVES SILVA  
Direito Humano ao Trabalho

## Apresentação

---

O Brasil é um país conhecido por suas enormes riquezas naturais, culturais e até mesmo tecnológicas, ocupando atualmente a décima primeira posição na economia do mundo. Apesar disso, conta com uma enorme dívida em matéria de respeito aos direitos humanos como um todo, e em particular em relação aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais. Estima-se que 50 milhões de brasileiros vivam na linha abaixo da pobreza. Do ponto de vista formal, o país conta com uma Constituição das mais avançadas do mundo, leis extremamente favoráveis aos direitos humanos, dois programas nacionais de direitos humanos (o primeiro, de 1996, mais relacionado a direitos humanos civis e políticos; o segundo, de 2002, mais relacionado a direitos humanos econômicos, sociais e culturais), ratificou os principais instrumentos de proteção internacional dos direitos humanos (inclusive o Protocolo Facultativo à Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher), mas continua com uma situação de ampla violação aos direitos humanos, e, o que é pior, sem mecanismos práticos de monitoramento da realização prática de direitos.

Esse dado, por si só, justifica a nomeação, pela Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais, com o apoio e a parceria do programa de Voluntários das Nações Unidas (UNV) e da Secretaria Especial de Direitos Humanos, de seis relatores nacionais em DhESC – para o direitos à Alimentação, Água e Terra Rural, ao Meio Ambiente, à Saúde, à Moradia Adequada, à Educação e o ao Trabalho. Os primeiros relatores nacionais do Brasil foram nomeados em outubro de 2002, realizaram suas primeiras missões de investigação a partir de novembro do mesmo ano e apresentam seus primeiros relatórios em abril de 2003, perante as Nações Unidas, e em maio de 2003, perante a sociedade civil brasileira, em evento anterior e vinculado à Conferência Nacional de Direitos Humanos, que ocorre todos os anos em Brasília.

A nomeação desses especialistas pela Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais é claramente inspirada na experiência das Nações Unidas com a nomeação de relatores especiais para investigar situações de desrespeito aos direitos humanos. Como no caso das Nações Unidas em relação aos países do mundo, os relatores nacionais surgem na perspectiva de ajudar o país – sociedade e Estado – a avaliar a capacidade de implementação dos DhESC e apresentar propostas de superação dos problemas. Seu objetivo é “contribuir para que o Brasil adote um padrão de respeito aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, com base nos compromissos assumidos nacionalmente, através da Constituição brasileira e do Programa Nacional de Direitos Humanos, e internacionalmente, através dos tratados internacionais de proteção dos direitos humanos ratificados pelo país”.

Nomeados pelo *Conselho de Escolha dos Relatores Nacionais em DhESC*, composto de seis organizações da sociedade (Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional, FASE; Movimento Nacional de Direitos Humanos – MNDH; Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares – GAJOP; Centro de Justiça Global; FIAN – Brasil e Comissão de Justiça e Paz de São Paulo), quatro organismos do Estado brasileiro (Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, Departamento de Direitos Humanos do Ministério das Relações Exteriores, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Secretaria Especial de Direitos Humanos) e três entidades vinculadas às Nações Unidas (UNICEF, UNV e PNUD), os relatores brasileiros têm o mandato para, no campo de competência do direito ao qual ele/ela busca potencializar, receber comunicações (ou denúncias) de violações aos direitos humanos; realizar missões aos estados federados para investigar situações de direitos humanos; e elaborar relatórios anuais sobre a situação investigada. A escolha dos relatores nacionais teve por base a utilização de critérios que combinam a capacidade profissional, a capaci-

dade de articular amplos setores nacionais, a disponibilidade para o trabalho em caráter voluntário, com elementos de diversidade racial, de gênero e regional.

O desafio desses especialistas tem sido o de monitorar a situação dos direitos humanos no país de forma exemplar, o que implica em conhecer profundamente os problemas relacionados ao seu mandato; articular amplos setores sociais em busca de cooperação e soluções para os problemas verificados; e apresentar soluções viáveis por meio de políticas públicas e de novas leis que venham a melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Durante o período de seu mandato, os relatores são irremovíveis e desenvolvem um trabalho em capacidade independente, embora tenham o trabalho balizado por um Termo de Mandato, com elementos comuns a todos e específicos, construídos com a participação da sociedade organizada, no Seminário para a Construção da Metodologia de Trabalho dos Relatores Nacionais em DhESC, realizado em São Paulo, em outubro de 2002.

Com base no referido Seminário, os mandatos dos relatores nacionais em DhESC apresentam os seguintes elementos comuns:

**1. Recebimento de comunicações urgentes:**

Para tanto, foram elaborados modelos de comunicação disponibilizados aos grupos sociais brasileiros, no sentido de facilitar o acesso de tais grupos (e seus reclamos) aos relatores. As denúncias recebidas têm o propósito de serem encaminhadas aos órgãos públicos competentes, em especial aos conselhos e às comissões de direitos humanos (ou temáticas), na perspectiva da busca de solução para os casos concretos. Destaque-se aqui o protocolo de intenções firmado pela Plataforma DhESC Brasil com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, com vistas ao processamento comum de casos relacionados a DhESC, com o que se busca ampliar as possibilidades de justiciabilidade prática no plano nacional.

**2. Visitas/missões aos estados:**

A organização de audiências públicas nos estados federados, com a participação de representantes governamentais, grupos sociais e vítimas de violações é um mecanismo a ser potencializado, na perspectiva da realização prática dos DhESC. Nesse contexto, têm sido realizadas visitas ou missões a locais em que a situação seja exemplar (em termos de violações ou de boas soluções para os problemas) e entrevistas com vítimas ou violadores de direitos humanos, nas diferentes regiões do país.

**3. Reuniões de trabalho periódicas:**

Com a participação de todos os relatores e assessores, as reuniões de trabalho têm a perspectiva de permitir a troca de experiências, ao mesmo tempo em que servem de espaço para o refinamento da metodologia de trabalho.

**4. Relatórios anuais de prestação de contas:**

Os relatórios anuais têm a perspectiva de serem apresentados perante as Conferências Nacionais de Direitos Humanos, que são promovidas anualmente pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal; o Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (ou seu sucedâneo); os conselhos setoriais (quando houver) ou espaços relacionados aos temas cobertos pelas relatorias; e, no plano internacional, perante a Comissão de Direitos Humanos da ONU e a Comissão de Direitos Humanos da OEA. Os relatórios apresentados pelos relatores devem ter o sentido prático de permitir à sociedade civil organizada se apropriar do conteúdo dos relatórios, a fim de que deles possam fazer uso na sua prática na defesa e promoção dos direitos humanos. Devem apresentar uma abordagem étnico-racial, de gênero e regional dos problemas do país e refletir a precisão e a exatidão das informações e seriedade das fontes.

Desse trabalho, a Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais espera que resultem não apenas relatórios de qualidade sobre as missões e as denúncias recebidas pelos relatores nacionais, mas, fundamentalmente, que seja ampliada e tornada prática corrente a capacidade da sociedade brasileira monitorar os direitos humanos econômicos, sociais e culturais no país, demonstrando na prática que tais direitos têm o mesmo valor que os direitos humanos civis e políticos. O projeto Relatores Nacionais em DhESC terá cumprido o seu objetivo se conseguirmos demonstrar claramente que as violações aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais no Brasil são tão graves quanto as execuções sumárias, a tortura e as prisões ilegais, na medida em que tais violações também matam todos os dias milhões de pessoas, e que para aquelas como para estas há remédio. Não os temos todos, mas já conhecemos alguns, como bem demonstra o trabalho inicial dos relatores nacionais em DhESC. Continuaremos em busca de outros mais. Este o nosso grande desafio.

Recife/São Paulo, 22 de março de 2003.

Jayme Benvenuto Lima Jr.

*Coordenador do Projeto Relatores Nacionais em DhESC*

*Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais*

## *Direito Humano à Saúde*<sup>1</sup>

---

Relatora Nacional: Eleonora Menicucci de Oliveira  
Assessora Nacional: Lúcia Maria Xavier

---

<sup>1</sup> A Relatoria Nacional para o Direito Humano à Saúde do Projeto Relatores Nacionais em DhESC/Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais-DhESC Brasil agradece o apoio e a colaboração das Organizações, Movimentos Sociais e Personalidades que gentilmente contribuíram, colaboraram e apoiaram esta Relatoria. Em Pernambuco: Regional da Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos SOS Corpo, Loucas de Pedra Lilás, Curumim., Gestos e da Uiala Mucagi - Sociedade das Mulheres Negras de PE, Ministério Público e o Fórum Feminista de Recife, Comitê Estadual de Estudos sobre Morte Materna, Márcia Laranjeiras, Régine Bandler, Sílvia Dantas e Paula, entre outras. Em São Paulo, Sindicato dos Químicos Unificados de Paulínia e Região, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Marco Antônio Perez, Marco Sabino, comissão de Ex- Trabalhadores da Shell.

# *I Introdução*

---

A importância dos Dhesc é ampliar os Direitos Humanos para a vida cotidiana das pessoas, como vivem, como adoecem e como morrem. Na perspectiva de uma construção de cidadania de alta intensidade, os Dhesc são sem dúvida um dos mais importantes mecanismos que permite ampliar e tornar concreta a vida das cidades. Ampliação do conceito e do campo com a construção das lutas emancipatórias de diferentes grupos sociais; deslocamento para o cotidiano das pessoas, onde vivem, nascem e morrem; para que a diferença não seja discriminação e nem a igualdade uma hierarquia de poder e de pensamento hegemônico. Mostra a face da desigualdade em todas as suas dimensões.

Os Dhesc representam no campo dos Direitos Humanos o paradigma emergente por constituir uma ampla expansão e dispersão dos direitos democráticos, direitos humanos e da cidadania.

## II *Condições atuais da Saúde no Brasil*

---

### 1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

#### 1.1. Antecedentes

- Na década de 70 o sistema público de saúde era organizado segundo o modelo médico-assistencial, ligado a previdência social, que beneficiava somente os trabalhadores e seus familiares com vínculo empregatício, isto é, que tinham seus direitos trabalhistas reconhecidos em lei.
- Com a mudança política vivida pelo Brasil na década de 80, profissionais da área de saúde e organizações populares dão início ao movimento, que visava construir um sistema de saúde com características mais democráticas. Em 1986, foi convocada a VIII Conferência
- Nacional de Saúde com o objetivo de discutir mudanças na estrutura e na política de saúde do país. Surge a Reforma Sanitária.
- Em 1988, com a reforma da Constituição Federal, a saúde passa a ser um direito de todos, responsabilidade do estado. A nova Constituição adota as deliberações da Reforma Sanitária e cria o Sistema Único de Saúde, regulamentando-o em 1990.

#### 1.2. O Sistema Único de Saúde

- Sistema Único de Saúde – SUS preconiza universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social. Sua implantação pressupõe também a reordenação das práticas sanitárias e, em consequência, a transformação do modelo assistencial e da organização dos serviços.
- SUS é uma política pública definida na Constituição Federal brasileira, que visa garantir assistência integral e complementar gratuita para toda a população. Operando a partir de uma rede descentralizada com divisão de competências ao nível nacional, estadual e municipal.
- SUS possui 56.642 unidades ambulatoriais que realiza em média 350 milhões de atendimento ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.
- financiamento do Sistema é uma responsabilidade comum dos três níveis de Governo. Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais.

#### 1.3. Condições socio sanitárias

- Índices elevados de desemprego, baixa remuneração do trabalho assalariado, crescimento do trabalho informal e da precarização das relações de trabalho agravadas pelo ajuste econômico.
- Persistência de importantes bolsões de fome e miséria.

---

<sup>2</sup> “O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes”. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde, Brasília/DF, 2002. Série B. Textos básicos de Saúde./RADIS Comunicação em Saúde, n. 3 FIOCRUZ, RJ: out.2002./Sistema Público de Saúde Brasileiro. Ministério da Saúde. Brasília/DF: ago.2002.

- Crescimento da violência no campo e na cidade
- Falta de políticas governamentais de expansão da infra-estrutura como saneamento básico
- Degradação ambiental.
- Ameaças permanentes de surtos epidêmicos.
- Endemias crônicas.
- Permanência de distorções e carências nos níveis de assistência, apesar da expansão dos serviços municipais de saúde em algumas regiões do país.
- Maior concentração dos gastos públicos nas regiões sul e sudeste do país para a manutenção de unidades hospitalares (assistência).

#### **1.4. Avanços alcançados:**

- Gestão descentralizada do sistema de saúde.
- Criação e desenvolvimento de fundos de saúde municipal, estadual e federal, com modalidade de repasse fundo a fundo (do federal/nacional para o estadual e deste para os municipais).
- Criação e funcionamento de conselhos de saúde nas três esferas de governo, para o exercício do controle social e gestão participativa.
- Aumento da cobertura de serviços em todos os níveis de complexidade com ênfase especial na atenção básica a saúde através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família (PSF).
- Na área da saúde integral da mulher, houve um aumento dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (35 serviços ao todo no Brasil).
- Destinação de recursos para a prevenção e assistência na área de DST/AIDS. Nesta área, a eficácia dos medicamentos que embora estejam disponíveis para todas as usuárias, evidencia uma desigualdade social muito perversa, isto é, os medicamentos para aquelas que têm condições sociais melhores produz um efeito, e para aquelas que vivem em condições sociais piores têm outro efeito.
- Ampliação da cobertura vacinal.
- Criação do sistema nacional de vigilância sanitária, em 1999, para promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços de interesse à saúde submetidos à vigilância sanitária.
- No que se refere a Saúde das populações indígenas, desde de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de prover atendimento integral à saúde dos Povos Indígenas, articulado com o Sistema Único de Saúde.
- Implantação do Programa de Medicamentos Genéricos.
- Queda nos indicadores de mortalidade infantil pós –neonatal.

#### **1.5. Dificuldades encontradas quanto ao:**

##### **1.5.1. Acesso:**

- Existência anacrônica de dois sistemas de saúde funcionando: o público e o privado. Serviços privados conveniados com o SUS, sendo, alguns deles quase que totalmente financiados pelos recursos públicos, enquanto outros serviços públicos são na prática terceirizados pela “famosa” porta dupla, ou seja, no mesmo prédio público convivem dois serviços com portas de acesso diferenciadas de acordo com o poder econômico das usuárias. Esse quadro se por um lado evidencia a discriminação no acesso, por outro explicita o exercício da violação dos direitos humanos à saúde, previsto constitucionalmente e regulamentado pela Lei 8080/90.

- Falta de cobertura pública para atenção básica a saúde, com destaque para o pré-natal e parto.
- Não implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM.
- Os serviços de urgência e emergência acabam por constituir a porta de entrada do sistema de saúde.
- Falta de acesso a medicamentos gratuitos pelo SUS.
- Falta de política voltada para doenças de cunho étnico/racial, especialmente para a população afrodescendentes.

#### **1.5.2. Financiamento:**

- Dotação Orçamentária insuficiente para a saúde, decorrência do atual modelo econômico vigente.
- Sistema Tributário perverso e inadequado para garantir as ações de saúde constitucionalmente previstas.

#### **1.5.3. Saúde – Meio Ambiente e Trabalho:**

- Ausência total de políticas públicas preventivas de degradação ambiental e para remediação de áreas e populações já contaminadas.
- Presença de epidemias que já foram debeladas no passado, como a dengue por deficiência do controle de vetores.
- Ausência de políticas públicas articuladas entre saúde e meio ambiente para resíduos, com destaque para resíduos hospitalares.
- Ausência de política nacional em saúde d@s trabalhador@s que especifique as atribuições do SUS nesta área nas três esferas do governo, que incorpore as relações de gênero, raça/etnia.

#### **1.5.4. Controle Social:**

- Dificuldade e fragilidade para o exercício do controle social por parte dos agentes envolvidos no sistema (usuários/profissionais/gestores), sobretudo pela ambigüidade na questão da representação política nos diferentes conselhos de saúde: municipal, estadual e nacional.
- Ausência de formação e capacitação das conselheiras.
- Na maioria das vezes existe por parte do Estado um desrespeito na implementação das decisões tiradas pelos diferentes conselhos de saúde e conferências.

#### **1.6. Desafios**

- Implantação de normas operacionais de assistência a saúde que possam fortalecer o SUS.
- Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. PAISM
- Promover instrumentos que possam ampliar o acesso aos serviços de saúde.
- Romper o estigma e a discriminação presentes no atendimento direto a população.
- Incorporação da vigilância sanitária na agenda prioritária do Sistema Único de Saúde.
- Fortalecer o exercício da cidadania através do controle social.
- Promover política de qualificação dos recursos humanos.
- Adequar a oferta de serviços ao perfil das necessidades e prioridades da população.
- Constituir a atenção básica como “porta principal” do sistema de saúde.
- Melhor utilização da capacidade instalada.
- Implantar os programas e projetos especiais federais que visam promover a universalização do direito a saúde a grupos excluídos, na perspectiva da horizontalidade, isto é, de forma descentralizada, tanto no nível da decisão como da operação.

- Reforma tributária que contemple a descentralização da arrecadação destinada à saúde.
- Ampliar o orçamento da saúde, aumentando seus percentuais de aplicação de recursos, nas três esferas de governo.
- Capacitação continuada dos recursos humanos no SUS.
- Implantar políticas intersetoriais na saúde.(saúde, meio ambiente, trabalho, educação, justiça, previdência, etc.)
- Construir instrumentos jurídicos que garantam o exercício dos direitos à saúde

## 2. A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A PARTIR DA DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES

Dos 55.226 estabelecimentos de saúde contabilizados na Pesquisa *Assistência Médico-Sanitária* do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 1999<sup>3</sup>, 38% deles estavam situados na região sudeste. Sendo que 14% destes possuem internação, 73% não possuem internação e, 13% estão voltados para o diagnóstico e terapia.

Os serviços de apoio à diagnóstico e terapia estão concentrados nas regiões sul (20%) e sudeste 55%. Dos 7.241 estabelecimentos somente 3% estão na região norte. O Estado de São Paulo concentra a maior parte dos estabelecimentos.

Sobre a distribuição dos leitos, os dados do IBGE indicam a manutenção do predomínio do setor privado na oferta de leitos (70%), sendo que boa parte destes está disponível aos pacientes do SUS. A rede privada está concentrada nas Regiões Sul e Sudeste, com, respectivamente, 80% e 74% do total de leitos destas áreas. Já os leitos de UTI do SUS somam 11 mil, metade está em hospitais privados, 27% em universitários e 23% em públicos.

Em 2001 o quadro dos leitos era de 486 mil leitos em hospitais vinculados ao SUS – 2,8 por mil habitantes. Do total, 65% estão em hospitais da rede privada, 26% da pública e 9% da universitária. “A oferta de leitos, por mil habitantes, é maior no centro-sul, com valores mais elevados na Região Centro-Oeste (3,3 leitos), com destaque para Goiás (4,3). O valor mais baixo é da Região Norte (1,9), sendo que a menor oferta ocorre no Amazonas (1,6). Verifica-se tendência de maior disponibilidade nas capitais dos Estados, com exceção de Palmas, Rio de Janeiro, São Paulo e Campo Grande, com coeficientes abaixo das respectivas médias estaduais.”

A distribuição dos leitos por região, mostra o relação da desigualdade social na saúde, uma vez que a concentração se dá nas regiões mais ricas do país.

## 3. SITUAÇÕES PARADIGMÁTICAS DE VIOLAÇÕES DOS DIREITOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE;

### 3.1 Saúde da Mulher:

#### 3.1.1. Mortalidade Materna

Ainda hoje, mulheres em idade reprodutiva e produtiva morrem de complicações na gestação, aborto, parto ou puerpério, revelando o grave quadro de iniquidade e de violação dos direitos a saúde da mulher.

<sup>3</sup> Viacava, Francisco e Bahia, Lígia. “ Oferta de Serviços de Saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (MAS) de 1999. IPEA/Brasília, nov. 2002. coleção (texto para discussão n° 915).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, as mortes maternas são responsáveis por 6% dos óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos, e está entre as 10 primeiras causas de morte da população no Brasil. “Estima-se que ocorram, anualmente, 3000 óbitos de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, variando largamente os coeficientes entre os diversos Estados e Regiões. Os coeficientes de Morte Materna a partir das declarações de óbito, declinam no período de 1980 a 1989 e vem se mantendo estáveis a partir de 1990 em patamares incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico alcançado pelo país.”<sup>4</sup>

Esta situação se agravaria se as sub-notificações, sub-registros e informações dos atestados de óbito, estivessem sendo devidamente preenchidas. A exemplo das declarações médicas que atestam “apenas uma causa (geralmente complicação terminal) entre outras que sugerem complicações de causas maternas<sup>5</sup>. Também podem ser considerados como indicativos de morte materna aqueles atestados que apresentam mais de uma causa. E em todos esses casos podem ser considerados "mortes maternas presumíveis".”<sup>6</sup>

O Dossiê sobre Morte Materna publicado pela Rede Feminista<sup>7</sup> informa que o coeficiente de mortalidade feminina por causa materna é um sensível indicador de desigualdades sociais, refletindo o grau de desenvolvimento econômico e social de um país, a exemplo das regiões brasileiras. Regiões menos desenvolvidas apresentam maiores coeficientes de mortalidade materna, a exemplo da região Norte que apresenta o maior coeficiente, seguida da região Nordeste. Estes mesmos coeficientes também indicam o grau de discriminação, violência e desrespeito a que estão submetidas as mulheres, expressos no tratamento desumano no atendimento.

As principais causas de morte materna que afetam diretamente as mulheres são as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações decorrentes de aborto. Estas contribuem com o percentual de 66% das referidas mortes. Elas são mais evitáveis que as indiretas (cardiopatias, doenças do aparelho respiratório e digestivo, hipertensão preexistentes e diabetes) pois dependem da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal.

Os principais fatores de risco que contribuem para as mortes maternas são: a idade materna em seu extremo (15 anos e 35 anos); a multiparidade na faixa etária dos 35 anos, o tipo de parto, a falta de acesso ao pré-natal e a falta de qualidade na assistência, bem como a inexistência ou o mal funcionamento de um sistema de referência e contra-referência. Destas a mais grave é a falta de acesso à assistência e ao pré-natal de qualidade que são fundamentais para a diminuição do risco de morte materna. A falta de pré-natal de qualidade faz com que o risco de morte aumente devido a falta de informações sobre o ciclo gestacional e as condições de saúde da gestante. Das mulheres que morreram na hora do parto, em sua maioria não havia feito exames pré-natal.

Já a assistência de qualidade passa não somente pelo oferecimento de serviço, mas também do atendimento feito pelos profissionais. Sem contar com os problemas detectados com a preparação profissional. Outro fator importante é a falta de um sistema de referência e contra-referência que vincule o pré-natal ao parto e regule a disponibilidade de leito nas maternidades.

Outro importante fator que contribui com os elevados índices de mortalidade materna é o racismo. A prática racista no atendimento, impede que as mulheres negras sejam tratadas com respeito e dignidade. Impede também que elas sejam ouvidas sobre o que estão sentindo física e psicologicamente e tenham um atendimento voltado

<sup>4</sup> Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Mulher, 2003.

<sup>5</sup> Segundo informações contidas no Dossiê sobre Morte Materna da Rede Feminista de Saúde, “outras causas que se destacam são: septicemia, embolia, embolia pulmonar, hemorragia, choque hemorrágico, crise convulsiva, peritonite, e outras que sugerem complicações de causas maternas. Também podem ser considerados como indicativos de morte materna aqueles atestados que apresentam mais de uma causa já citadas acima. Todos esses casos podem ser considerados "mortes maternas presumíveis"”

<sup>6</sup>Laurenti, Ruy. Medindo a Mortalidade Materna. Mimeo. RJ, dezembro de 2001.

<sup>7</sup> “Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos” Dossiês – 2001. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Belo Horizonte, 2001.

para as suas necessidades. Sem contar a desconsideração no atendimento das doenças étnico/racial, a exemplo da anemia falciforme, lúpus eritematoso e diabetes mellitus, que poderão influenciar os níveis de mortalidade.

A anemia falciforme oferece maior risco de abortamento e aumentam as complicações no parto.

Por fim a via do parto é outro que contribui com certa importância para a morte materna, principalmente o parto cesáreo. A Rede Saúde chama a atenção para o fato de que, embora considerando que no Brasil algumas cesarianas são feitas em mulheres em estado grave de saúde, o risco de morte é maior do que no parto normal. Sem contar que a cesariana é feita em pacientes em estado grave, o que dificulta relacionar o óbito ao procedimento cirúrgico.

O Ministério da Saúde desde 1994 reconhece a mortalidade materna como um problema prioritário de saúde pública e para fazer frente a esta grave violência contra a mulher, criou a Comissão Nacional de Morte Materna<sup>8</sup> para, entre outras funções, diagnosticar e monitorar a morte materna no país. Bem como adotou com estratégia a organização dos Comitês de Morte Materna nos estados, visando atuar em conjunto com as organizações da sociedade civil para identificar, investigar e analisar os óbitos maternos, apontando medidas de intervenção mais próximas a realidade. Até a presente data estão em funcionamento 14 dos 24 comitês implantados em todo o país. No bojo destas ações, o Movimento Feminista Latino Americano criou também o dia 28 de Maio - Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.

### **Recife e Barreiros em Pernambuco<sup>9</sup>, exemplo de violação dos direitos humanos à saúde.**

A Relatoria Nacional dos Direitos Humanos à Saúde tomou conhecimento de mortes maternas e outras violações do direito à saúde no estado de Pernambuco através da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Após contato com organizações feministas e órgãos públicos foi traçada uma missão da Relatoria para Recife e Barreiros, cidade situada na zona da mata pernambucana, nos dias 10 11 de março do corrente ano, que contou com a presença ativa das entidades do movimento feminista de PE (já citadas acima no texto, da imprensa escrita, falada e televisionada, de um deputado estadual do PT e de dois promotores públicos.

O Objetivo da missão foi o de averiguar “in loco” a situação de morte materna ocorrida no município de Barreiros durante o ano de 2001 e 2002 sem encaminhamentos administrativo e jurídico. Bem como, averiguar o tratamento dispensado a pessoas portadoras do vírus hiv/aids.

A primeira etapa da missão consistiu em visita a cidade de Barreiros para entrevistas com os familiares das vítimas, representantes dos órgãos públicos e as instituições públicas e/ou privadas responsáveis pela gestão dos serviços de saúde na região.

---

<sup>8</sup> De acordo com o Ministério da Saúde a Comissão Nacional de Morte Materna tem por objetivo manter atualizado amplo diagnóstico da situação atual da Mortalidade Materna no Brasil, enfocando todos os seus múltiplos aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facultem ações específicas na sua solução; propor diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem estratégias de redução da mortalidade materna; acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão; oferecer subsídios para aperfeiçoamento da política nacional de saúde da mulher, estabelecendo correlações com os Comitês Estaduais, Regionais e Municipais; mobilizar os diversos setores da sociedade afetos à questão com finalidade de melhorar a saúde da mulher.

<sup>9</sup> Pernambuco é um dos nove estados situados na região nordeste brasileira, caracterizada historicamente como uma região pobre, contribuindo com 2,71% para o PIB – Produto Interno Bruto. De acordo com o Censo de 2000 Pernambuco possui 7.911.937 de habitantes, dos quais 76% estão no meio urbano. A economia do estado tem por base a agroindústria sucro-alcooleira concentrada na Zona da Mata.

Dos programas voltados para saúde da população, destacamos a Central do Partos que interligou as principais maternidades de Pernambuco visando dar maior agilidade no fluxo de internação, transferência, reserva e alta hospitalar. Por meio de uma ligação telefônica gratuita (0800.814100), a paciente em trabalho de parto entra em contato com a Central, sendo informada da maternidade mais próxima de sua casa com leito disponível. Até agora, estão ligadas ao sistema 82 maternidades da Região Metropolitana do Recife, já tendo sido internadas mais de 128 mil gestantes.

A Segunda em participação na audiência pública promovida pelas organizações da sociedade civil, movimentos sociais e o Ministério Público de Pernambuco.

Durante os dois momentos foram ouvidas além das autoridades públicas, representantes de organizações da sociedade civil, as vítimas e seus familiares.

## Morte Materna no município de Barreiros, Pernambuco

### Histórico

O Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco analisou cinco casos de mortes de mulheres nas cidades de Barreiros e Palmares. As cinco mulheres deste estudo ora apresentado, estavam com a seguinte distribuição por faixas etárias, estado civil e número de gestações, partos e abortos: **AEM** 36 anos, casada, Gesta XI, Para X (todos os partos normais/transpelvianos) Aborto 0; **MCSG** 18 anos, gesta I, para 0, aborto 0, casada; **MJSS**, 42 anos, casada, gesta XIV, Para XI, trabalhadora rural; **MRM**, 35 anos, casada, Gesta II, Para I (parto cesariana há cerca de 4 anos atrás), Aborto 0; **MFS**, 19 anos, solteira, Gesta II, Para I. Portanto todas encontravam-se no período gestacional (grávidas, purpúreas no intervalo de até 1 ano após o parto e nascimento) que são portanto entendidas como *óbitos em mulheres grávidas*.

As fontes utilizadas para esse estudo foram informações oriundas de entrevista domiciliar com conteúdo que abordou desde as condições sócio-econômicas, história reprodutiva e de saúde e dos possíveis fatos que levaram à morte; a cópia da declaração de óbito e algumas páginas de cópias do prontuário das mulheres com história de morte materna. Da análise dos cinco óbitos maternos identificou-se que todos eles tiveram o primeiro atendimento no Hospital/maternidade João Alfredo (instituição privada conveniada com o SUS), localizado no município de Barreiros, zona da Mata de Pernambuco..

Destas cinco mulheres, uma chegou a óbito no Hospital/maternidade João Alfredo, antes de sua transferência e as demais chegaram a Casa de Saúde Santa Rosa, localizado no município de Palmares/PE, onde chegaram a óbito. É importante destacar que as transferências se deram de maneira irregular, ou seja, as mulheres em estado gravíssimo foram transferidas em ambulância sem acompanhamento médico. Ressaltamos que é de responsabilidade dessa categoria profissional inclusive legal, acompanhar pessoas que se encontrem em estado grave quando em situação de transporte por ambulância. Nesse estudo identificou-se que os cinco óbitos ocorreram por causas obstétricas diretas envolvendo eclampsia e as hemorragias (rotura uterina de corpo e segmento e de colo de útero), sendo todas elas presumíveis com possibilidades de serem evitáveis.

Todas as cinco mulheres **não** haviam realizado o acompanhamento de pré natal e identificamos que em duas consultas já havia sinal clínico de pressão arterial elevada em uma delas, cito **A E M**. Dissemos isto posto que identificamos um número abaixo do limite mínimo de 6 consultas orientado pela Normatização Técnica de Assistência Pré Natal: duas gestantes fizeram apenas 2 consultas, duas fizeram apenas 4 consultas e uma não fez nenhuma consulta. Durante a audiência a irmã de MR informou que ela estava realizando o pré-natal em um unidade do PSF – Programa de Saúde da Família e em uma clínica particular.

Em relação ao término da gestação 4 mulheres encontravam-se com IG acima de 37 semanas e abaixo de 42 semanas. Apenas 1 gestante encontrava-se com IG de 25 semanas; 3 das mulheres morreram antes do parto; 2 mulheres encontravam-se com IG compatível de termo, morreram depois do parto sendo uma delas +/- 10 horas de pós parto e a outra 2 dias após a cesariana. Já as três que morreram antes do parto, uma delas estava com 25 semanas, talvez descolamento prematuro de placenta e as outras duas estavam a termo com diagnóstico de rotura uterina

Ao se estudar a evitabilidade da morte em relação à assistência hospitalar, analisou-se aspectos desde ao processo da admissão de cada mulher, vejamos:

Em 3 das mulheres, as condições de saúde na admissão no Hospital/maternidade João Alfredo localizado no município de Barreiros – PE, eram boas ou regulares, indicando que em nível hospitalar estas mortes, provavelmente, seriam evitáveis se tivessem recebido assistência como está previsto pela Constituição Federal Brasileira, Normatização do Processo de Assistência do Ministério da Saúde e qualificação profissional. Já duas delas chegaram em estado grave porém não receberam assistência adequada para estabilizar o quadro grave em que se encontravam.

Tanto no Hospital/maternidade João Alfredo localizado no município de Barreiros – PE, como na Casa de Saúde Santa Rosa, localizado no município de Palmares – PE, identificamos que os atendimentos estavam absolutamente inadequados. Lembrando, por exemplo, que os documentos estudados revelaram, diante de um quadro de eclampsia, esquema de ataque (Sulfato de Magnésio) não realizado e manutenção incompatível para as necessidades identificadas da mulher, levando-nos a entender que os profissionais destas duas instituições, encontram-se necessitando urgentemente de avaliação e reciclagem profissional. O Hospital/maternidade João Alfredo, principalmente, necessita de uma intervenção imediata, pois as provas de irresponsabilidade profissional são gritantes.

Para finalizar, entendemos que estas mulheres foram vítimas de assistência de péssima qualidade. A atenção básica (Pré Natal) junto às gestantes encontrava-se precária e apontamos a necessidade de aumentar a cobertura obstétrica na atenção básica.

Todo o relatado, para nós, configura atos que violam o que está garantido - o direito à saúde previsto pela Constituição Federal e pela Declaração dos Direitos Humanos. Diante desta situação, monitorar esse dever – que é do Estado - e garantir o direito, é da responsabilidade do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna que deverá encaminhar suas solicitações de intervenção às demais autoridades competentes.

#### **M F S 19 anos, solteira, gesta II, Para I, não realizou pré natal.**

Deu entrada às 00:30h de 16/1/2001, no Hospital/maternidade João Alfredo com história de período expulsivo, feto com apresentação pélvica, dores em baixo ventre Há +/- 13 horas. Ao exame físico: estado geral regular mucosas descoradas, pulso 100 p/min, temperatura de 36,5°C e PA 60X20mmHg. Sem edema e vômito, apresentação cefálica mas a variedade de posição era de nádega, grau de insinuação III plano de Hodge, bolsa rota, taquipnieca, taquicárdica, em choque (PA 60X20mmHg) com hipótese diagnóstica de gestação única tópica a termo + rotura de colo de útero. Mas segundo registro da auxiliar de enfermagem Há 00:30h encontrava-se com bom estado, dilatação completa, bolsa íntegra, apresentação pélvica. Às 00:45 pariu normal. Feto vivo a termo feminina peso 3.600g. Foi realizado “embrocção vaginal”. Familiares informam que MFS saiu de casa andando, sentindo contrações, parindo logo em seguida na maternidade e que estava bem segundo informante da portaria da maternidade. Entretanto o óbito ocorreu de acordo com o registro às 06:00h sendo notificado aos familiares às 10:30h

#### **M C S G 18 anos, gesta I, para 0, aborto 0, DUM 16 de setembro de 2000, casada, com história familiar de hipertensão arterial.**

Realizou apenas 4 consultas, sendo a 1ª consulta com a idade gestacional de 11 semanas. Nessas 4 consultas não há registros de intercorrências. Variação de pressão arterial sistólica de 110 – 120 e pressão arterial diastólica de 60 – 80. O ganho ponderal semanal dos meses de junho a dezembro foi de aproximadamente 450g. Familiares informam que no 6º mês começou a apresentar edema generalizado “no corpo”. Em 07 de janeiro de 2001, de acordo com os familiares (investigação epidemiológica) MCSG apresentou em sua residência mal estar e desmaios sendo levada/conduzida pelos familiares ao Hospital/maternidade João Alfredo. A sua Idade

Gestacional encontrava-se com 42 semanas e 4 dias (pela DUM). De acordo com registros da investigação epidemiológica MCSG deu entrada com pressão arterial de 160X110 mmHg no dia 7/1/2001 e que foi medicada com Lasix (2 ampolas) e encaminhada para a cidade de Palmares (Casa de Saúde Santa Rosa), sem acompanhamento médico.

Em Palmares deu entrada no dia 07/01/2001 às 12 horas com história de inchaço generalizado, desmaios, tremores dificuldade visual. Ao exame físico seu estado geral estava comprometido, mucosas hipocoradas, PA 190X120mmHg em anasarca. Exame obstétrico: altura de fundo de útero de 36cm, bolsa íntegra, batimentos cardíacos fetais 148 bpm, sem dilatação do colo, apresentação cefálica, feto móvel em estado de “aura convulsiva”. A hipótese diagnóstica foi de gestação única tópica a termo + eclampsia. No registro da auxiliar de enfermagem, MCSG referiu dor, sendo medicada conforme prescrição médica. Não há informação dos registros dos horários subseqüentes do dia 07/01/2001. Encontramos registros de que em MCSG foi administrado sulfato de magnésio às 15 horas, sem a dosagem. Esse sulfato de magnésio (1 ampola) foi colocado via soro glicosado para correr, ser infundido de 8 em 8 horas. Também encontramos que foi prescrito e administrado Adalat sublingual + 1 comprimido de Aldomet. Seguiram em observação até às 14:50h quando ocorreu a cesariana. As condições fetais foram boas de acordo com a anotação no prontuário, entretanto MCSG saiu da sala de operação inconsciente, com sonda vesical de demora. Logo após há registros da auxiliar de enfermagem de que MCSG referiu dor, sendo medicada conforme prescrição médica.

Não há informação dos registros dos horários subseqüentes dessa data (7/1/2001). Já no dia 8/1/2001, às 10:00 horas, MCSG permanece com PA 180X100 mmHg e referindo cefaléia e apresentando inquietação, sendo comunicado ao médico de plantão e medicado de acordo com a prescrição. Às 14:50 permanece PA elevada de 170X90mmHg, mantida com a mesma prescrição. Às 18 horas apresentou PA 170X120mmHg sendo novamente comunicado ao plantonista que foi prescrito Adalat 3 gotas sublingual. Às 23:30h PA 220X120mmHg. Às 2:30h de 9/1/2001 a PA estava em 200 X 140mmHg, sendo mantido o mesmo esquema de medicamentos e soluções já citados, no início deste estudo. Foi realizado aspiração de vias aéreas superiores, estado geral grave e comprometido e as 06:00h com temperatura 39°C, PA 200X100mmHg e mantida prescrição. Foi então solicitado exames em caráter de urgência. Diurese mesmo a MCSG com sonda não havia nenhum registro de seu volume.

Às 8:00 h PA 240X130mmHg Temperatura de 40°C, apresentou convulsão + cianose, dificuldade para respirar, comunicado ao médico. Foi realizado aspiração + instalação de oxigênio. Segundo relatório da auxiliar de enfermagem MCSG não resistiu e às 9:00 foi constatado óbito.

**AEM, 36 anos, casada, Gesta XI, Para X  
(todos os partos normais/transpelvianos) Aborto 0.**

Realizou na sua última gestação apenas 2 consultas de Pré Natal no IAA - Instituto do Açúcar e Alcool/Barreiros -PE (dados obtidos da ficha de investigação vigilância epidemiológica). As 2 consultas foram realizadas nas datas de 29/01/2000 e 21/03/2000. Nestas duas consultas identificamos Pressão Arterial alta (140X90 mmHg). Familiares informam que no 8º mês AEM apresentou “inchaço” de membros inferiores. No dia 28/04/2001 AEM deu entrada no Hospital João Alfredo às 04:45’ e no prontuário havia registros de amenorréia Idade Gestacional de 43 semanas e 4 dias pela Ultrassonografia, queixando-se de dor em baixo ventre há vários dias e referiu ser hipertensa. Segundo o formulário de internação e alto hospitalar, preenchido pelo plantonista do dia, havia registro de que o estado geral de AEM era regular, mucosas hipocoradas, pulso 80 pulsações/minuto, temperatura 36,5°C Pressão Arterial de 140X90mmHg. Registro de edema, presença de transtornos visuais e dor, útero globoso a nível de apêndice xifóide, tônus fisiológico, dilatação do colo do útero completa,

apresentação cefálica, posição direita ausculta dos batimentos cardíacos do feto inaudível, variedade de posição occipito anterior direita, grau de insinuação II Plano de Hodge. Bolsa rota, com corrimento vaginal de cor sanguinolenta, taquipneica.

A hipótese diagnóstica feita na admissão foi de GESTAÇÃO ÚNICA + FETO MORTO + ROTURA UTERINA + HIPOVOLEMIA (choque hipovolêmico). Em evolução posterior a admissão, registros do prontuário (sem horário) traz a informação de que a dinâmica uterina estava de 5 contrações em 10 minutos e feto no I plano de Hodge, mantém o registro de batimentos cardíacos fetais inaudíveis e indica a preparação para cesariana. No relatório da auxiliar de enfermagem, há registro de que o feto estava alto e que apesar das fortes contrações uterinas o feto não evoluiu do I plano de Hodge para o II Plano de Hodge, sendo chamado o médico de plantão. Há registros da seguinte prescrição: dieta zero, repouso, soro fisiológico 500 ml+ soro glicosado 500 ml, adalat sublingual, que foi administrado as 05:05h e preparação para cesariana. Logo em seguida, informações revelam que durante a preparação para a cesariana foi identificado um quadro de rompimento de artérias uterinas, anemia aguda e choque hipovolêmico, que após 5 minutos a parturiente foi a óbito às 06:15h.

**MJSS, 42 anos, casada, gesta XIV, Para XI, trabalhadora rural, não realizou pré natal, ultima gestação há +/- 4 anos e nessa gestação atual estava com idade gestacional de 25 semanas.**

Procurou em 28/5/2001 serviço ambulatorial por apresentar dor abdominal, cansaço, palidez e vômito, tendo sido medicada com Salbutamol e analgésico, mas sem melhora foi encaminhada para instituição Hospitalar João Alfredo. Não há documentos para estudarmos sobre a sua chegada nessa data. Apenas que deu entrada na instituição Hospitalar João Alfredo em 30/5/2001, às 11:20h apresentando dor abdominal, cansaço, palidez e vômito, sudorese profusa, debilitada, desidratada, hipocorada edema de membro inferiores, PA 60X30mmHg, abdome globoso, doloroso e sem defesa. A hipótese diagnóstica foi de anemia carêncial + hipotensão arterial sistêmica. Registros da auxiliar de enfermagem informam que MJSS referiu “vista escura” e que não havia sangramento visível, estava afebril, bastante dispnéica, e consciente. Foi medicada com a prescrição médica de Efortil, sulfato ferroso, soro fisiológico 100ml soro glicosado 1000 e solicitado encaminhamento às 17:30h mas só foi conseguido sua transferência às 20:00h entretanto não chegou a ser transferida/conduzida por que chegou a óbito às 21 horas.

**MRM, 35 anos, casada, Gesta II, Para I (parto cesariana há cerca de 4 anos atrás), Aborto 0.**

Realizou 04 consultas de pré natal, no posto do PSF Dr. João Costa em Lotes/Barreiros-PE. A sua 1ª consulta foi no dia 29/01/2001 e sendo a última em 09/01/2002, Segundo cartão de pré natal, não houve nenhuma intercorrência, salvo a DUM não compatível com a idade gestacional no dia do trabalho de parto. No cartão de pré natal tem referência de dados de ultrassonografia do dia 12/12/2001 com placenta de inserção tópica e posterior, peso fetal estimado de 2165g e estatura de 40,71cm líquido amniótico normal, gestação compatível para 31 semanas. Hemograma normal(Hb12 e Ht 31) sumário de urina 6 piocitos/campo. Vacinação antitetânica incompleta (2 doses apenas). Não existe registro de imunização na gestação anterior!

No dia do 1º internamento em 21/01/2002, segundo familiares, MRM deu entrada na instituição hospitalar João Alfredo no dia 21/1/2002 às 8:10h e que o irmão de MRM referiu que a vítima foi atendida primeiramente por uma profissional ao qual denominou de “parteira”. Esta avaliou com o seguinte achado: dilatação 4 cm (8:10h). às 8:40 um amigo da família solicitou avaliação médica, que só foi realizada às 10:00h (segundo ficha de admissão). Na avaliação médica a vítima se encontrava com dilatação de 6 cm, estado geral bom, mucosas coradas, pulso? PA 120X80mmHg, útero globoso altura de fundo de útero no apêndice xifóide, tônus fisiológico, situação longitudinal, apresentação cefálica, grau de insinuação II. Feto insinuado. Inexiste re-

gistro de prontuário na ocasião de nosso estudo relacionado ao seguimento dessa avaliação inicial. Segundo documento de entrevista da DIEVS II DIRES às 12:30h a parteira informou à família que a dilatação estava em 6 cm e que a mesma achava que o parto ia ser normal. No prontuário identificamos que MRM foi encaminhada para a sala de parto às 14:00h, com dilatação + feto alto, mas que foi realizado “tentativa de parto normal”, chegando inclusive a ser realizado episiotomia. Às 14:15h após tentativa de parto normal não havendo descida esperada, foi solicitado anestesia para a cesariana. Nesse momento segundo informações do prontuário não havia anestesista disponível no momento e nem na rede municipal, e diante disto foi encaminhada para Palmares (Santa Rosa) A vítima foi acompanhada somente pelo condutor da ambulância e familiares. Segundo familiares a vítima estava totalmente inchada, extremidades arroxeadas, fria e muito pálida. Foi administrado antes de sua transferência soro fisiológico + Efortil IV. A vítima em choque hipovolemico foi transferida. Na unidade de Palmares o quadro de choque foi mantido e o diagnóstico de rotura uterina foi evidenciado. Foi realizado cirurgia de urgência...

### **Depoimentos feitos durante a audiência Pública no Ministério Público de Pernambuco: Morte Materna, Contaminação por Radiação e Descaso no Atendimento a Pessoas Portadoras do HIV/AIDS.**

#### **Morte Materna**

Ana Azevedo, mãe adotiva de **SILVANA** relata que ligou para a Central de Partos e sua filha foi encaminhada ao Hospital Oscar Coutinho para uma cesariana. No dia seguinte sua irmã foi levar roupas e outros pertences e teve a notícia que ela passava bem. Uma hora depois S estava em coma com ruptura de baço. Foi transferida para outra unidade de saúde (IMPE) e lá veio a falecer. A família fez uma denúncia ao CREMEPE e a Promotoria Pública. Agora o caso será analisado pelo Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco.

#### **Contaminação por Radiação**

**Vilma de Almeida** denunciou vazamento de produto químico na sala onde trabalhou por 7 anos no Hospital Barão de Lucena. O caso foi arquivado pelo Ministério Público, alegando que o vazamento era proveniente do vaso sanitário, que fora reparado, e não da Sala de Raio X da referida unidade.

Vilma continua doente com dor de cabeça, sem firmeza ao andar e com outros sintomas que a impede de trabalhar. Até a presente data ela teria realizado exames que não diagnosticaram com precisão o seu problema. Há aproximadamente quatro anos ela assina a frequência em casa e ainda não tem solução para os problemas de saúde que está enfrentando.

Sua maior reivindicação é que a Promotoria reabra o caso e avalie as condições de funcionamento da unidade hospitalar, bem como as condições de saúde.

O Sindicato dos Trabalhadores da Saúde também reivindicam atenção a *saúde do trabalhador/trabalhadora* da área de saúde, que vêm adoecendo devido as condições insalubres nos locais de trabalho.

A Promotoria afirma que o caso não poderá ser reaberto por que na inspeção da Vigilância Sanitária em conjunto com a Universidade Federal de Pernambuco não foi constatado vazamento do líquido ionizante proveniente do revelador.

#### **Discriminação e morte de pessoas portadoras do vírus hiv/aids**

O representante da Articulação de Ong's AIDS Pernambuco – Prevenção Positiva, apresenta o descaso no atendimento as pessoas portadoras do vírus hiv/aids, a partir da morte de uma agente de saúde, ativista pelo direito à saúde que faleceu por erro de diagnóstico e descaso no atendimento.

O representante da Prevenção Positiva informou que há quatro anos vem denunciando este fato à Secretaria de Saúde. Fato que tem ocorrido com “naturalidade” principalmente no Hospital Correia Picanço. Acredita que faz-se necessário uma intervenção no sistema de saúde no Estado, apesar de 4 hospitais e um Instituto, por que os/as cidadãos/cidadãs sofrem discriminação e maustratos. Na oportunidade ele informou que, na medida em que a epidemia se pauperiza, falta medicamentos complementares, leitos, auxílio alimentação, transporte etc.

### 3.2. Saúde da Mulher Negra<sup>10</sup>

De acordo com Jurema Werneck, “há algum tempo a medicina já conhece as principais necessidades da população negra. No campo da biologia e da genética, bem como as novas compreensões no terreno da imunologia, da epidemiologia. Isto enriquecido pelos discursos da sociologia e do ativismo político dos negros brasileiros. É fato que lacunas ainda se apresentam, isto devido não às limitações do método científico. Pois estamos diante do grave descaso com que os temas relativos à população negra têm sido encarados pelos centros de pesquisa e assistência no país.”

No que se refere aos agravos à saúde de indivíduos e grupos negros, Marco Antônio Zago<sup>11</sup> em 1996 sistematizava em 4 tipos de fatores, segundo suas origens conhecidas:

- a- Geneticamente determinados – ou seja, aquelas cuja presença de um ou mais genes alterados está associada ao desenvolvimento de sintomas específicos. É onde se inserem a doença falciforme e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Aqui estão também aqueles fatores ditos dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associados, como no caso da hipertensão arterial e o diabetes mellitus.
- b- Adquiridos, derivados de condições sócio-econômicas desfavoráveis - produzindo maior vulnerabilidade a agravos como desnutrição, mortes violentas, altos índices de mortalidade infantil e morte materna, dst/aids, doenças ocupacionais e transtornos mentais e drogadição.
- c- De evolução agravada ou de tratamento dificultado;
- d- Condições fisiológicas alteradas por condições sócio-econômicas – processos como crescimento, gravidez, parto, envelhecimento, terão sua evolução alterada, com graves riscos à saúde.

*A forma de classificação dos fatores expostos acima se apoia nos achados da maioria das correntes sociológicas influenciadas pelo pensamento de esquerda, de viés economicista. Tendo o grave problema de invisibilizar a vigência do racismo e do sexismo que, de modo associativo e complementar, atuam produzindo vulnerabilidades e desvantagens sociais sobre mulheres e homens. Atingindo de modo mais agudo as mulheres negras. Afirma Maria Inês Barbosa que “a maioria das doenças que*

<sup>10</sup> Texto extraído do Caderno de Saúde da Mulher Negra. CRIOLA, RJ, 2003. Segundo Jurema Werneck, em recente publicação sobre saúde da mulher negra<sup>10</sup> “o campo definido como saúde da população negra no Brasil é e tem sido uma novidade definida nas duas últimas décadas pela população negra, principalmente das ativistas e profissionais de saúde (onde se destacam as mulheres negras).

A criação deste conceito incorporara elementos de diversas áreas de conhecimento, ampliando para além da biologia e da medicina as possibilidades de leitura da gênese dos processos de saúde-doença junto à população negra e toda a população brasileira. Assim, o racismo e suas conseqüências; os significados de cultura (e cultura negra); análises das desigualdades sociais e seus efeitos, entre outros, são parte essencial da construção de um significado adequado às necessidades deste grupo populacional em particular.

Há algum tempo a medicina já conhece as principais necessidades da população negra. No campo da biologia e da genética, bem como as novas compreensões no terreno da imunologia, da epidemiologia. Isto enriquecido pelos discursos da sociologia e do ativismo político dos negros brasileiros. É fato que lacunas ainda se apresentam, isto devido não às limitações do método científico. Pois estamos diante do grave descaso com que os temas relativos à população negra têm sido encarados pelos centros de pesquisa e assistência no país.

<sup>11</sup> Zago, Marco Antônio. Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil. O papel da anemia falciforme e de outras doenças genéticas. In Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Sistema Nações Unidas. Brasília, 2001. Mimeo.

*afetam a população negra, são as mesmas da população de um modo geral. O que diferencia a população negra da população branca é um perfil mais crítico de saúde, que é recorrente de diferentes contextos históricos, recorrência essa que deve ser pautada ao racismo (...)*”

O racismo tem sido um fator importante na determinação dos modos de nascer, viver e morrer da população brasileira, com índices visivelmente piores para a população negra. Afetando seu acesso à bens sociais como saneamento básico, alimentação balanceada, habitação, emprego, serviços atenção à saúde e, também, aceitação social. Traduzindo-se em maior mortalidade infantil e materna e menor esperança de vida, por exemplo.

O racismo influencia também a progressão de doenças, grande parte delas evitáveis, mas que não têm recebido a devida atenção das políticas públicas. Cólera, dengue, sarampo, meningite meningocócica, esquistossomose, doença de Chagas, malária, diarreia, doenças sexualmente transmissíveis, hiv/aids – todos sabemos que quanto maior o grau de vulnerabilidade social de indivíduos e grupos, tanto maior sua vulnerabilidade a infecções e epidemias. Isso sem falar na hipertensão arterial, no diabetes tipo II, e outras, cuja evolução mais grave ocorre entre a população negra. A única estratégia estatal bem sucedida diante deste quadro tem sido a ocultação dos dados segundo fatores étnico-raciais, como forma de se produzir um termo de “igualdade” na tragédia da saúde pública para a população negra.

Assim, as propostas de saúde da população negra requerem ações emergenciais que busquem fundamentalmente romper com as desigualdades raciais e sociais no Brasil. O que requer atuar em diversas áreas, buscando a ampliação da escolaridade dos negros brasileiros; melhoria das condições habitacionais tanto no campo quanto nas cidades; acesso ao trabalho e a melhores níveis de remuneração; diminuição dos índices de violência e da criminalidade no interior das comunidades negras e pobres; ampliação do acesso à justiça; entre tantos itens nas áreas mais críticas. Como também ações voltadas para políticas de saúde que visem ampliação de acesso aos serviços de prevenção e tratamento - o que quer dizer melhorias quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde e atenção adequada àqueles agravos à saúde mais comuns na população negra. Incluindo também a redução dos índices de mortalidade infantil, morte violenta e morte materna, que permanecem mais altos entre nós negros.

Uma política de saúde voltada para o atendimento das necessidades de afrodescendentes requer políticas de fomento de pesquisas na área de saúde da população negra, de modo a ampliar-se significativamente os conhecimentos disponíveis e subsidiar ações mais adequadas. Considerando essenciais também melhorias na formação de profissionais de saúde, preparando-os para o diagnóstico e tratamento adequados às necessidades da população. E, fundamentalmente, preparando-os também para a busca de mecanismos cotidianos de superação do racismo nas relações entre profissionais e usuários. Neste campo, como em diversos outros, as organizações negras têm muito a contribuir com reflexões e metodologias adequadas.

*O campo de saúde da população negra e em especial, de saúde das mulheres negras, incorpora, do ponto de vista da atenção à saúde, elementos variados e problemas de diversas origens. Sendo atravessado por aspectos sócio-econômicos, genéticos, ambientais, comportamentais, entre outros. Este campo tem como principal elemento de análise o racismo e a noção de interseccionalidade com que racismo, sexismo e outros fatores produzem vulnerabilidades à condição de vida das mulheres negras.*

Aqui, abordaremos os principais problemas de saúde que a mulheres negras enfrentam, propondo uma classificação que dê um passo além daquela proposta por Zago, recuperando-se aí a centralidade do racismo na definição de processos de saúde e doença. Assim, teremos:

### **Geneticamente determinados**

Aqui, os fatores genéticos são protagonistas dos mecanismos responsáveis pelo aparecimento de doenças como a anemia falciforme e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. No caso das doenças genéticas de maior incidência sobre a população negra, mulheres e homens, cabe assinalar que o racismo assume papel crucial tanto na sua invisibilização quanto em seu agravamento na vida dos portadores. O exemplo da anemia falciforme é emblemático, uma vez que esta é a doença genética mais comum no Brasil e que conta com pífios ou inexistentes investimentos em termos de políticas de saúde. O Programa de Anemia Falciforme foi criado somente em 2000, no Ministério da Saúde, a partir da ação incisiva das organizações negras brasileiras. Sua operacionalização está a cargo dos estados e municípios, num processo lento e destituído de vontade política para sua efetiva implementação.

### **Adquiridos a partir da vulnerabilidade estabelecida pelo racismo:**

Aqui estão as diversas doenças infecto-contagiosas, cuja disseminação é facilitada em condições de marginalização social. A maior vulnerabilidade da população negra brasileira, em especial as mulheres, a estas doenças tem sido associadas à pobreza, a baixa escolaridade, ao menor acesso a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento, a baixa qualidade dos serviços prestados, entre outros. Cabe assinalar que os estudos já demonstraram o papel do racismo e do sexismo na diminuição e na qualidade do acesso. Um exemplo é a evolução da epidemia de hiv/aids, cujo programa de prevenção e tratamento é referência mundial e que, no entanto, ainda se mostra incapaz de desenvolver estratégias eficazes voltadas para as mulheres, especialmente às mulheres negras. Por sua resistência em lidar com a variável raça/etnia na visibilização da maior vulnerabilidade e do crescimento da epidemia entre mulheres negras, o Programa Nacional de DST/AIDS continua a ter resultados sofríveis no que se refere à diminuição do crescimento da epidemia entre a maior parte da população brasileira, onde estão as mulheres negras.

Condições sócio-econômicas desfavoráveis têm produzido menor acesso à prevenção e tratamento. O racismo, pano de fundo deste quadro, resulta em ações e campanhas de prevenção insuficientes; descaso com o levantamento adequado dos dados e sua divulgação; recepção inadequada nos serviços de diagnóstico e tratamento, entre muitos. Assim, não é surpresa o crescimento descontrolado da epidemia entre mulheres negras – cujas ações de prevenção estão a cargo de organizações não governamentais dirigidas por mulheres negras e voltadas para este público, cuja abrangência é limitada ao seu espectro de ação. Ação que ainda não foi suficiente para mobilizar a maioria das chamadas ONGs-AIDS (organizações não governamentais voltadas especificamente para o trabalho de enfrentamento da epidemia) e das políticas públicas – ainda que estes dois segmentos detenham a quase totalidade dos recursos disponíveis no país para a prevenção e assistência à epidemia.

### **De evolução agravada ou tratamento dificultado pelo racismo:**

O racismo é uma ideologia que determina modos de pensar e agir. Assim, não é difícil compreender que sua vigência vai impregnar as relações entre os todos os grupos a ele expostos, em especial aquelas que ocorrem entre os racialmente dominantes (os brancos) e os racialmente inferiorizados (negros, indígenas e mestiços). A partir dessa leitura, fica fácil visibilizar a presença do racismo (e do sexismo) nas relações entre profissionais e usuários de serviços de saúde, como também entre formuladores e gestores de políticas públicas e as populações em condição de marginalização social/racial.

No cotidiano das ações de atenção à saúde – que engloba prevenção e tratamento de doenças – o racismo é um fator iatrogênico importante.

Por outro lado, as condições de vida que o racismo estabelece (e que já foram exemplificadas neste documento) produzem fatores adicionais que podem complicar a evolução de doenças como a hipertensão e o diabetes, por exemplo. Ainda que não se

tenha descortinado a totalidade dos fatores que produzem maior agravamento destas doenças entre a população negra, certamente as barreiras colocadas pelo racismo contribuem para a alta incidência de cardiopatias, insuficiência renal, alto índice de amputações, cegueira e mortes secundárias a estas doenças. O mesmo pode ser dito quanto a evolução de infecções, epidemias, dependência química, demais doenças crônico-degenerativas.

### **Condições fisiológicas alteradas pelo racismo:**

Nascer, crescer, engravidar, envelhecer são condições fisiológicas acompanhadas pelos serviços de saúde. Em condições livres de preconceitos, tais processos serão vividos com o grau de complexidade que lhes são próprios, sem, no entanto traduzir-se em condições patológicas. Na vigência do racismo, a vivência de tais momentos é atravessada por diferentes formas de violência, ensejando perigos resultantes da recusa à alteridade (a pessoa negra, a criança negra, a mulher negra) que se apresenta. A dor daí resultante poderá ter repercussões em diversos aspectos da vida de pessoas e grupos. Altos índices de mortalidade infantil e materna, menor expectativa de vida, são os extremos de um quadro representativo da recusa da sociedade racista em incorporar os negros – e as mulheres negras – ao conjunto da humanidade

Ainda, segundo Werneck, autores já apontaram que as principais demandas de saúde da população negra, e das mulheres, referem-se àquelas decorrentes dos fatores deletérios da marginalização social, cujo histórico, evolução, prevenção e tratamento já há muito são conhecidos. Ao lado destes, a população negra vive, no campo das chamadas doenças raciais-étnicas, problemas de origens diferenciadas, mas cuja maior prevalência e/ou gravidade entre negros e mulheres negras já foram demonstradas. Hipertensão arterial primária ou essencial, síndromes hipertensivas na gravidez, diabetes mellitus, doença falciforme, miomatoses, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, lupus, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, câncer de mama, estresse, violência, desnutrição, abuso de drogas, doenças mentais são exemplos de agravos que mulheres e homens negros enfrentam com extrema intensidade. A estes, some-se aqueles decorrentes do ambiente insalubre, da falta de saneamento básico, acesso à água potável, coleta regular de lixo, da indigência. Deve-se considerar também, agravos produzidos pela ação preconceituosa dos profissionais de saúde, que se traduzem nos altos índices de esterilização cirúrgica e histerectomias; dos índices inaceitáveis de mortalidade materna e mortalidade infantil produzidos pelo descaso profissional.

Há muito os formuladores e gestores de políticas públicas devem respostas adequadas às demandas de saúde da população negra e das mulheres. Neste grupo, os profissionais de ponta, aqueles que no face a face da ação cotidiana naturalizam práticas racistas, assumem a maior responsabilidade. Não se ouviu até hoje, destes profissionais, denúncias ou propostas de ações de enfrentamento do racismo que cotidianamente é vivido e denunciado por usuárias e usuários negros. No entanto, é preciso que façam *outra* escolha. E rompam com o silêncio e a inércia.

As vidas perdidas, as vidas desestruturadas, a dor, a doença, heranças que o racismo larga na mão das mulheres negras, requisitam rupturas imediatas. É preciso refazer práticas, refazer olhares.

### **3.3. Saúde, trabalho e meio ambiente<sup>12</sup>**

---

<sup>12</sup> Segundo o Ministério da Saúde a *Saúde dos Trabalhadores* refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade num determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens das mulheres e das crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. In Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: saúde do trabalhador. Brasília, 2000.

No Brasil, a assistência e a prevenção aos agravos a saúde dos trabalhadores passam a ser competência da área de saúde a partir da Constituição federal de 1988, com base nas reivindicações dos movimentos sociais e sindicais. Partindo do princípio de que a forma de inserção do trabalhador e da trabalhadora, em qualquer idade, nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

Neste sentido, o Ministério da Saúde propõem que as ações de saúde, com base na Vigilância Sanitária, devam se pautar na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, que em última instância determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais.

No processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, aspectos demográficos culturais políticos socioeconômicos epidemiológicos e sanitários devem ser buscados visando a priorização de problemas de grupos populacionais inseridos numa determinada realidade territorial. As ações devem girar em torno do eixo informação – decisão – ação. Isto é, aspectos relativos ao trabalho presente na vida dos indivíduos, das famílias, e do conjunto da população devem ser incorporados neste processo.

Em relação a saúde dos trabalhadores, faz-se cada vez mais necessário, incorporar, formalmente, na agenda da rede básica de atenção à saúde a assistência as doenças específicas causadas pelo processo produtivo. Ampliando assim a assistência já ofertada aos trabalhadores, sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias de promoção proteção e recuperação da saúde também específicas.

Apesar do avanço da legislação ambiental, no que se refere ao controle dos danos causados ao meio ambiente ainda hoje não existe uma ação conjunta entre saúde e meio ambiente, que vise garantir a saúde da população, considerando os diversos problemas de saúde relacionados aos contaminantes ambientais, principalmente aqueles causados por processos produtivos danosos ao meio ambiente, além daqueles específicos da população trabalhadora.

A partir de denúncia oferecida pelo Sindicato dos Químicos Unificados sobre contaminação promovida pela Shell no município de Paulínea, pólo químico, São Paulo, a Relatoria do Direito à Saúde em conjunto com o CREM-Conselho Regional de Medicina/São Paulo, traçou uma missão para averiguar as condições de contaminação de ex-trabalhadores, trabalhadores, ex-moradores e moradores, e o lençol freático do rio Atibáia da referida região.

A missão foi realizada em duas etapas, a primeira em 16 de janeiro de 2002 e a segunda em 21 de fevereiro do mesmo ano, contando com a presença da Relatoria do Direito ao Trabalho. Na primeira missão foram ouvidos os ex-trabalhadores da Shell e os trabalhadores da Basf. Na segunda visita, foram ouvidos os ex-trabalhadores, trabalhadores e moradores da região. Nas duas ocasiões tanto os representantes do Sindicato quanto a comissão de ex-trabalhadores estiveram presentes

A Segunda visita foi realizada no dia 21 de fevereiro e contou com a presença das seguintes pessoas: a relatora e assessora da saúde; a relatora e assessor do trabalho; médico do CREMESP; Presidente Estadual da CUT; médico do sindicato dos químicos, comissão dos ex- trabalhadores; comissão dos moradores do Recanto dos Pássaros; representante da prefeitura de Paulínea; representante do ministério Público de Campinas, da Delegacia do Trabalho e toda a imprensa escrita falada e televisionada.

Na sede do Sindicato dos Químicos foi realizada uma coletiva com a imprensa e um debate com os ex- trabalhadores e os demais representantes. Em seguida fomos visitar a área do Recanto dos Pássaros, totalmente contaminada, onde conversamos com a população de caseiros que ainda estava residindo no local pôr falta de ter onde morar e com uma família que se recusava a sair enquanto a Shell não pagasse pelo sítio o valor real. Naquela oportunidade pudemos constatar o nível de violação dos direitos à pessoa humana pela Shell: uma área contaminada, uma população completamente sobrevivente, doente pôr contaminação, crianças com câncer de pele; uma área onde as casas ficavam ao lado dos incineradores da Shell, além da denuncia das ex-

moradores e ex-trabalhadores de que nunca haviam sido informados pela Shell dos riscos a que estavam expostos.

No final da visita fomos recebido pelo Prefeito da cidade de Paulínia, acompanhados dos secretários municipais de saúde, meio ambiente e da segurança.

A nosso ver, essa visita foi potencializada pela força da Relatoria, quando discutimos a importância do município assumir no âmbito do SUS a assistência à saúde dos ex-trabalhadores, bem como dos ex-moradores, acordo estabelecido com o prefeito de Paulínia.

## **Histórico sobre a Contaminação de por Diversos Agroquímicos no Município de Paulínia/São Paulo pela Empresa Shell do Brasil S/A**

### **O Impacto sobre a Saúde Pública e Meio Ambiente**

Na década de 70, a empresa Shell Brasil S/A, implantou sua unidade industrial de formulação de defensivos agrícolas no município de Paulínia, Estado de São Paulo, Brasil, em área contígua a um bairro residencial denominado “Recanto dos Pássaros”, que já existia previamente à instalação da empresa.

Segundo a atual proprietária da planta, a Basf, temos resumidamente, no histórico dessa fábrica, os seguintes acontecimentos:

- 1974 - Aquisição do terreno pela Shell.
- 1977 - Início de operações (formulação e síntese de organofosforados).
- 1984 - Início da formulação de herbicidas
- 1989 - Início da síntese de inseticidas piretróides
- 1992 - Início da síntese do “Torque” (produto acaricida)
- A Shell formulou organoclorados até 1990.
- Em 1996 a fábrica foi comprada pela Cyanamid.
- Em Julho de 2000 a fábrica foi adquirida pela Basf.
- Em Dezembro de 2002, após decisão de fechar a fábrica, a Basf começa a proceder à demissão dos funcionários.
- Em Dezembro de 2002, o Ministério do Trabalho, em ação conjunta com o Ministério Público, interdita todas as atividades da planta e o processo de dimissão, até que sejam esclarecidos os impactos da contaminação ambiental sobre a saúde dos trabalhadores.

Entre os diversos agroquímicos que ali foram formulados, incluíam os inseticidas organoclorados Aldrin, Endrin (“Drins) e DDT e a produção de inseticidas organofosforados. Durante seu período de operação, a Shell utilizou dois incineradores e um poço de queima que, por mais de uma década, queimaram resíduos sólidos diversos (varrição geral, restos de embalagem, material de manutenção, equipamentos de segurança individual dos operadores, etc), além da queima dos resíduos sólidos de organoclorados e líquidos da fábrica de ionol e amostras descartadas do laboratório de análises químicas. Convém ressaltar que os incineradores foram desativados, após 16 anos de uso, por não atenderem aos padrões técnicos de emissão exigidos pela Companhia de Saneamento Ambiental do Estado de São Paulo - Cetesb.

A empresa contaminou o lençol freático nas proximidades do Rio Atibaia, um importante manancial da região, com os organoclorados aldrin, endrin e dieldrin, além de outros poluentes. Três vazamentos destes componentes químicos foram oficialmente registrados durante os anos de produção.

A comercialização dos inseticidas organoclorados foi proibida no Brasil em 1985, entretanto, a fabricação para exportação continuou até 1990. Em 1998 estes produtos foram completamente proibidos no país. Os “Drins” também são banidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), por estarem associados à incidência de câncer e a disfunções dos sistemas reprodutor, endócrino e imunológico.

Em 1994, quando a Shell estava prestes a vender a área para a Cyanamid, para que a transação fosse concluída, foi realizado um levantamento do passivo ambiental da unidade. Nesse processo foi identificada uma rachadura num tanque de contenção de resíduos, que havia contaminado parte do lençol freático. A Shell realizou uma “autodenúncia” junto ao Ministério Público, condição imposta pela compradora, que deu origem a um termo de ajustamento de conduta. Nesse sentido, a Shell obrigou-se da construção de uma barreira hidráulica, a fim de conter o avanço da contaminação do lençol freático. Até então a empresa não havia admitido qualquer contaminação com drins para fora do seu terreno.

Entre os poluentes encontrados no solo e nas águas subterrâneas, nesse primeiro estudo, destacaram-se alguns solventes orgânicos: benzeno, xileno, etilbenzeno; poluentes organoclorados: 1,2 DCE-dicloroetano, TCE-tetracloroetano, BHC-benzenohexaclorado, aldrin, endrin, dieldrin e poluentes inorgânicos: níquel, cobre, zinco e chumbo.

Em 1996, a Shell encomendou dois laudos técnicos sobre a contaminação do lençol freático fora da área da empresa aos laboratórios do Instituto Adolpho Lutz, de São Paulo. O laboratório norte-americano confirmou a presença de drins na água do subsolo. A Shell manteve em sigilo o relatório do laboratório Lancaster até março de 2000, alegando que o seu resultado foi um “falso positivo”.

Na época, a agência ambiental paulista, a Cetesb, recolheu, pela primeira vez, amostras de poços e cisternas do bairro, que foram analisados pela própria Cetesb, pelo laboratório Ceimic, contratado pela Shell e pelo laboratório Tasca, pago pela Prefeitura de Paulínia. Os exames constataram a presença de dieldrin na água.

Em dezembro de 2000, novas amostras foram coletadas pela Cetesb, Instituto Adolfo Lutz e Laboratório Ceimic. As análises comprovaram a contaminação da água dos poços com níveis até 11 vezes acima do permitido na legislação brasileira. Diante de tais resultados, pela primeira vez, a Shell admitiu ser a fonte da contaminação das chácaras das redondezas.

A estocagem e o manuseio de matérias primas, produto e resíduos, realizados de forma inadequada (áreas ao ar livre sem sistema de controle de poluentes e desprovidas de piso e sistemas de contenção), aliada à própria disposição inadequada de resíduos no solo, inclusive cinzas do incenerador, resultaram na imediata poluição do ar, solo e posteriormente, das águas subterrâneas da área.

Em fevereiro de 2001 a empresa de consultoria holandesa haskoning orientou a Shell a realizar um monitoramento mais abrangente, que detectou a presença de metais pesados (níquel, cobre, zinco, chumbo, alumínio e arsênico), poluentes organoclorados (drins) e óleos minerais.

Em análises de solo realizada na área interna da fábrica em agosto de 2001, já sob propriedade da Basf, foram encontrados valores expressivos de contaminação por aldrin, dieldrin, endrin, DDT, pentaclorofenol, toxafeno, endrin-cetona, trimetilbenzeno, xileno, butil-benzeno, óleos e graxas,

O caso ganha, definitivamente, espaço na imprensa. Em fevereiro de 2001, cerca de 100 moradores da região fizeram uma vigília de vários dias em frente à fábrica.

Inicia-se uma etapa de avaliações da saúde dos moradores vizinhos da fábrica. A Prefeitura de Paulínia contratou o laboratório de toxicologia da Faculdade de medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp) para realizar os respectivos exames de análises clínicas. Divulgados em agosto de 2001, os exames indicaram que 156 pessoas – 86% dos moradores do bairro – apresentavam pelo menos um tipo de resíduo tóxico no organismo. Desses, 88 apresentam quadro clínico compatível com intoxicação

crônica, 59 apresentavam tumores hepáticos e da tireóide e 72 estavam contaminados por drins. Das 50 crianças de até 15 anos de idade avaliadas, 27 manifestavam quadro clínico de contaminação crônica. Um dos casos marcantes foi o de uma menina de sete anos, com níveis altíssimos de chumbo no sangue, peso e altura abaixo da média e baixo desempenho escolar.

A empresa, por sua vez, contratou um professor da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Dr. Flávio Zambrone, para elaboração de um parecer próprio a respeito do estado de saúde dos moradores. Tal laudo concluiu que não havia nenhum caso de contaminação entre os moradores do bairro. A Associação dos Moradores do Bairro Recanto dos Pássaros denunciou junto ao Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo - Cremesp o assistente técnico da empresa por má prática. Tal denúncia foi julgada procedente e o médico envolvido (Dr. Zambroni) responde processo por indícios de descumprimento do Código Brasileiro de Ética Médica.

Em contra-partida, os médicos da Vigilância Sanitária e Ambiental do município de Paulínia, responsáveis pela avaliação da saúde dos moradores do bairro, Dr. Igor Vassilief e Dra. Cláudia Guerreiro, foram denunciados pela Shell junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) sob a alegação de que os referidos profissionais estariam levando a população ao pânico. Esta denúncia foi arquivada por falta de indícios de má prática ou de quaisquer outras irregularidades disciplinares.

Em setembro de 2001, o Greenpeace enviou um relatório sobre o caso para os diretores da FTSE 4 Good, um índice ligado a bolsa de valores de Londres para investimento socialmente responsável, que lista empresas de acordo com seu comportamento ético.

Em dezembro de 2001, a justiça do Estado de São Paulo, região de Paulínia, determinou que a Shell removesse os moradores das 66 chácaras do bairro Recantos dos Pássaros. Ela também deveria garantir os tratamentos médicos necessários. A empresa e a Cetesb, são alvos de ação civil pública movida pela prefeitura de Paulínia, Ministério Público e pela associação dos moradores do bairro.

Na seqüência, a Shell começou a comprar as propriedades dos moradores dispostos a vendê-las, já tendo adquirido parte das 66 chácaras, por preços não condizentes com o valor real, segundo depoimentos de alguns dos proprietários.

Em junho de 2002, a Câmara dos Deputados promoveu uma audiência pública em Brasília para discutir a situação dos ex-funcionários da Shell S/A, com a participação de representantes dos ex-trabalhadores, do sindicato dos químicos unificados de Campinas, da Shell e de seu consultor médico.

Na mesma época, um ex-funcionário da empresa confirma a existência de quatro aterros clandestinos dentro da área da fábrica, onde a Shell depositava cinzas do incinerador e resíduos industriais. Na seqüência, a Cetesb admite que errou ao não solicitar uma avaliação das condições do solo e da água do Recanto dos Pássaros.

Recentemente, em fevereiro de 2003, toda a região do bairro adjunto à planta da empresa sofreu uma grande inundação, proveniente da cheia do Rio Atibaia, potencializando os riscos de exposição e intoxicação da população. Toda a área foi interdita pela defesa civil de Paulínia, com a remoção de todos os moradores ainda presentes na área, com exceção de três famílias que se recusaram a abandonar seus lares.

### **O Impacto sobre a Saúde dos Trabalhadores**

Durante seu período de funcionamento, na planta industrial da Shell, estiveram expostos aos contaminantes ali presente, 844 trabalhadores, que hoje formam a Comissão dos Ex-trabalhadores da Shell, segundo o sindicato dos trabalhadores (Sindicato dos Químicos Unificados).

Em setembro de 1982, foi apresentado no Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, um estudo de autoria do médico do trabalho da Shell em Paulínia, Dr. Reinaldo Farina, sobre avaliação da exposição por inseticidas organofosforados na fábrica de Paulínia. Embora o estudo não tenha analisado a contaminação

e exposição pelos inseticidas organoclorados, o mesmo descreve 177 casos de intoxicações subclínicas e um caso de intoxicação clínica pelos organofosforados entre os trabalhadores da empresa, durante o período de 1978 a 1982, o que indicava um grau elevado de exposição aos contaminantes químicos no trabalho.

Ressalta-se que os agrotóxicos produzidos e manipulados por este contingente de trabalhadores foram desenvolvidos e patenteados pela própria Shell, cuja criação e formulação é mantida em segredo pela empresa.

A partir de 2001 começam as preocupações com a avaliação dos ex-trabalhadores da empresa. Nesse sentido, o sindicato da categoria requisita à empresa: o acesso dos ex-trabalhadores aos seus prontuários, junto ao serviço médico da Shell; a garantia de exames específicos e de qualidade confiável; lista de todos que trabalharam na planta de Paulínia e informações sobre as substâncias manipuladas no processo de produção.

Para surpresa dos ex-trabalhadores e do próprio consultor médico da empresa, Dr. René Mendes, contratado para o caso, alguns dos prontuários médicos sob responsabilidade do serviço médico da Shell, não foram localizados pela empresa. Tal fato foi objeto de nova denúncia ao Cremesp, por parte dos ex-trabalhadores que não puderam, dessa forma, acessar seu histórico médico na empresa. Tal denúncia encontra-se em fase de sindicância.

Ainda sob iniciativa do sindicato foi proposto um protocolo comum de avaliação médica, que seria elaborado conjuntamente entre os consultores do sindicato e da empresa. Tal iniciativa não teve êxito, devido a Shell optar por realizar a avaliação médica separadamente do sindicato.

Dessa forma, tanto o sindicato como a empresa, partiram independentemente para a avaliação dos ex-trabalhadores. Entre abril e junho de 2002, sob encaminhamento do sindicato, foram analisadas, pelo Laboratório de Cromatografia do Instituto de química de São Carlos – Universidade de São Paulo, amostras de tecido adiposo de 11 ex-trabalhadores, sendo detectada a presença de inseticidas organoclorados, com intensidade variável e significativa em todos eles.

Em 15 de agosto de 2002, o sindicato entra com Ação Civil Pública contra a Shell, na justiça do trabalho de Paulínia com ação de responsabilidade por danos ou ameaça de danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, e a outros bens e direitos de valores difusos e coletivos.

### **Situação Atual da Planta Industrial**

Com a aquisição dos negócios da Cyanamid pela Basf, desde julho de 2000 a unidade industrial de Paulínia passou a ter esta última como proprietária. Nesse período a planta concentrou sua produção para os agrotóxicos monocrotofos, temefos, permetrina, cipermetrina e fenbutatin, empregando cerca de duzentos trabalhadores, sendo a maior parte ex-trabalhadores da Shell.

A Basf tem colocado, em vários pronunciamentos, que não tem a responsabilidade do passivo ambiental legado pela Shell.

Em novembro de 2002 a fábrica é vistoriada pelo Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, em ação conjunta com o Ministério Público do Trabalho – 15ª Região.

Em Dezembro de 2002, após decisão de fechar a fábrica, a Basf começa a proceder à demissão dos funcionários.

No mesmo mês, as equipes do MTE e Ministério Público apresentam laudo confirmando a exposição ambiental e ocupacional a contaminantes carcinogênicos e não carcinogênicos, com o agravante do potencial ação sinérgica entre essas substâncias. As equipes concluem a existência de risco grave e eminente à saúde dos trabalhadores na empresa, com riscos de dano grave, irreversível ou de difícil recuperação e, dessa forma, interditam as atividades da fábrica. A Basf recorreu e o processo deverá seguir judicialmente.

## **Depoimentos dos Ex-Trabalhadores da Shell/Cyanamid/BASF e Moradores do Bairro Recanto dos Pássaros.**

*Estes depoimentos foram gravados com autorização dos sujeitos envolvidos.*

- 1 - Antonio de Marco Rasteiro, membro da comissão de ex-trabalhadores da Shell, Trabalhei durante 20 anos na Shell, trabahando também para a empresa sucessora Cynamid de 95 a 98.  
Perda auditiva grande.Com a comissão buscamos esclarecer o estado real de saúde de cada ex-trabalhador da Shell, devido aos produtos nocivos que estávamos expostos, temos certeza que existem vários companheiros tanto trabalhadores como funcionários de escritório pôr exposição a produtos tóxicos como organoclorados (produção de inseticidas) metais pesados como alumínio, cadmio, chumbo, cromo total, ferro, manganês, arsênico, bário.  
Hoje temos certeza que todos os funcionários independente do local que trabalhavam estão contaminados, tanto aqueles considerados contaminados ativos como aqueles passivos. Várias alterações de saúde. Uma ex-funcionária que trabalha no escritório me contou que seu filho pequeno vem apresentando sintomas de intoxicação segundo parecer médico.
- 2 - Sou Eliseu Pereira de Lima e trabalhei na Shell pôr um período de 21 anos. Fui exposto a esses produtos que o Rasteiro acabou de falar e minha preocupação é com meu estado de saúde e dos meus companheiros. Vimos através dos contatos que tivemos com a Shell que ela não se mostrou com vontade de esclarecer então eu faço parte desse grupo de ex- funcionários em busca de esclarecimento sobre nossa situação de saúde.
- 3 - Eu sou Geraldo Severino, trabalhei na Shell de 87 a 96 e estou querendo defender minha saúde,pois estou muito doente.fui internado esses dias pela contaminação e não estou nada bom. (muito magro com todos os sintomas evoluindo)
- 4 - Sou Benedito Prado, ex- trabalhador da Shell, onde trabalhei de 77 a 95, com problemas de saúde comprovado pôr exames de laboratório e biópsia. (muito doente, é o único ex-trabalhador que a Shell paga convênio pôr questão de pressão da situação de saúde).
- 5 - Sou João Batista da Silva, ex-trabalhador da Shell, onde trabalhei de 78 a 92, estou doente, fazendo tratamento de saúde e a cada dia surge uma novidade na doença(um novo problema).
- 6 - Sou Moreira, ex- trabalhador da Shell, trabalhei de 78 a 92, com problemas de saúde comprovados pôr exames laboratoriais, estou aqui lutando para defender o que resta de nossa saúde
- 7 - Genival Soares do Nascimento, ex-trabalhador da Shell, trabalhei de 77 a 91, com graves problemas gerados pela contaminação e estamos lutando para conseguirmos
- 8 - Max, ex-trabalhador da Shell, trabalhei de 78 a 95, estou com a receita médica para comprar os remédios, mas não tenho condições de comprar então estou sem tomar os remédios.
- 9 - Meu nome é José Marinoto, trabalhei na Shell de 77 a 99, faço parte da comissão e estamos na luta pela saúde e qualidade de vida.
- 10 - MARCOS, fui exposto a produtos químicos.estou com sentimento de que fui enganado pela empresa. Pois a imprensa não me informou eu e os outros trabalhadores não tinham nenhum problema de saúde e que aqueles que estavam entrando na justiça contra a empresa visavam ganhar dinheiro. Eu pergunto se a troca de empresas (isto é, se contrata para trabalhar numa empresa e acaba trabalhando em outra) não é trabalho escravo?
- 11 - José S. Hindre, tem problemas de audição e as plaquetas baixaram até 121 e foi diagnosticado como normal. Indicado a procurar uma especialista em sangue, ela

- diagnosticou uma disfunção no organismo. Quando ficou afastado da empresa por 3 meses as plaquetas subiram.
- 12 - Santo Rosso, trabalhei na Shell de 1977 a 1996 e pela Ciyamamid de 1996 a 1998. Sinto formigamento, dores nas juntas e cansaço. Acorda de 3 a 6 vezes à noite por causa desse formigamento. E ainda tem perda de memória.
  - 13 - Wilson, atuou na Shell de 1996 a 2002 estava trabalhando com uma lesão no ombro. Foi encaminhado para a fisioterapia e depois voltou para a mesma função. Enquanto fazia fisioterapia foi afastado. Não quis abrir o CAT para não ser registrado em carteira. Quando estava saindo da empresa sentiu dores, foi encaminhado ao serviço médico que não encontrou nenhum problema de saúde. Quando foi consultado pelo atendimento médico do Sindicato, foi constatado que a lesão era grave.
  - 14 - Nivaldo Janasio, trabalhei 25 anos na empresa, meus exames de tiróide acusaram alterações e tem um cisto nos rins.
  - 15 - Américo Pereira, fui funcionário da Shell por 23 anos e 8 meses. Há 15 anos me sinto nervoso (tenso) por causa da tiróide. Fiz uma cirurgia com o seguro saúde dado pela empresa.
  - 16 - Juarez, trabalhei por 23 anos na empresa, adquiri um problema no braço e também uma alergia sem diagnóstico, a Shell não cobriu o tratamento. Sinto inchar de dentro para fora. Fico com manchas vermelhas e logo começa a inchar. Sinto dificuldade para respirar. Me preocupo com os filhos pequenos. A Basf paga o meu salário e estou encostado pelo INSS. Estou também participando de uma pesquisa na UNICAMP.
  - 17 - Mauro, trabalhei desde 1979. Em 1985 descobri um cálculo renal. Em 1989 foi diagnosticado que eu tinha arteriosclerose e em 2001 tive alterações hepáticas decorrentes da contaminação. A médica da empresa que me atendeu disse que essas alterações eram decorrente da bebida e da obesidade. Emagreci e não consegui melhorar. Além disso tive perda de 30% da audição. Quero dizer que os trabalhadores estão vivendo na incerteza.
  - 18 - Lauremar, trabalhei na empresa desde 1979. A minha taxa de glóbulos vermelhos em 1985 subia para 6100. Agora que me afastei da empresa a taxa está em queda.
  - 19 - Sou João Antonio Quirino, no dia 17/02/2002 fomos chamados para fazer o exame demissional, estando eu fazendo o horário de meia noite as oito da manhã. Um doutor da Basf de Guaratinguetá começou a folhear o meu prontuário, logo após pediu para eu assinar um documento no qual eu me neguei. Ele chamou o dr. Valdir que é o dono do laboratório Anchieta e que presta serviços para Basf Paulínea, dizendo que eu estava em perfeita condição de saúde, sem se quer ter colocado a mão em mim. Após várias discórdias, assinei com ressalva que aquele documento só teria valor após os exames de laboratório com resultados normais.
  - 20 - Geraldo Basílio, permaneci na Shell de 1982 a 2002, passei pela Cyanamid e Basf. No dia do exame demissional constou no meu prontuário uma pinta no fígado, diagnosticado por uma ultrassonografia. O dr. Valdir disse que aquilo não era nada., que ele (o médico) tinha sete pintas no fígado.
  - 21 - Mauro Bandeira, trabalhei desde 1977, contrai uma disfunção no punho direito. Fui afastado por três meses sem um diagnóstico de LER – Lesão por esforço Repetitivo. A médica sugeriu infiltração e cirurgia, mas eu resolvi tratar por minha conta uma pomada para cavalo (Calminex). Um médico do trabalho me deu um laudo de LER, quando voltei ao serviço médico da empresa recebi outro laudo de **LERDEZA**. Mais tarde fui afastado, troquei de médico para poder solucionar o problema. Quando fiz os exames para entrar na BASF a tiróide apresentou uma taxa bastante elevada (6.5). Por causa dessa situação me sinto como uma peça de reposição.
  - 22 - Heitor – atuou na Shell de 78 a 92, fiz exames pela empresa onde foram diagnosticados 8 problemas, mas a médica o informou que estes problemas não tinham

nada haver com a empresa. Recentemente fiz um exame pela UNICAMP que não acusou nada.

- 23 - Paulo, informou que Ângelo Trapé mandava pulverizar os trabalhadores da PUTRAVE. Sem análise e exames fui informado que a área não tinha nada. Quero dizer que o senhor Heitor foi o único trabalhador que recebeu plano de saúde, apesar da empresa dizer que ele não tem nada.
- 24 - Israel entrei na empresa em 1986 para trabalhar no reflorestamento, na época bebia água do lugar que estava contaminada. Só mais tarde recebemos água dada pela empresa que não disse porque trocou a água. Agora tem um desvio de coluna e muita dor que me impede de trabalhar. Meu filho está com bronquite aguda. Um trabalhador que distribuía o agrotóxico sem proteção perdeu um pulmão.
- 25 - Fábio tenho muitos caroços pelo corpo. Também tenho alteração hepática que, segundo os médicos, foi causado pelo alcoolismo. Eu não bebo e como fica os trabalhadores que não bebem e tem o mesmo problema.
- 26 - Euripedes de Souza, trabalhei de 1997 a 1996 na Shell. Em 1988 comecei com problemas cardíacos. Em 94 fiz uma biópsia que constou vestígios químicos no fígado. Em 96 sai da empresa e fiz um exame, fui informado que não tinha nada. A Comissão dos ex-Trabalhadores da Shell, fez vários exames onde foi constatado que eu tinha um tumor no esôfago. Fiz tratamento para o esôfago e o médico pediu outra endoscopia com biópsia e foi diagnosticado que o tumor não era maligno. O meu problema do fígado foi diagnosticado como excesso de gases.
- 27 -, tenho 20 anos de trabalho. Fiz biópsia quando trabalhei na Shell, sinto formigamento pelo corpo, dores nas juntas e no joelho.

Existe muito casos de companheiros com seqüela, a Shell nos deixou sem nenhuma condição, sem nenhum plano de saúde, tem vários companheiros comprometidos sem recurso algum para comprar medicamentos, estamos nessa luta. Estamos aguardando um processo que está na vara de Paulínia, mas a justiça é muito lenta. Já teve casos supostamente comprovados de morte de companheiros e estamos no aguardo que a justiça seja feita. Estamos sem condições de tratamento, sem plano de saúde, estamos a Deus dar.

A situação em que se encontram ainda hoje os ex-trabalhadores da Shell e da Basf, os ex-moradores do Recanto dos Pássaros, o lençol freático da região contaminado, configura um bárbaro crime de violação dos direitos humanos, o que nos subsidia a exigir a intervenção das Nações Unidas para a apuração de responsabilidades e a conseqüente punição da empresa Shell.

### **3.2. Atenção psiquiátrica- saúde mental**

Apesar de o Brasil ser um país que avançou na direção da reforma psiquiátrica, de ocupar lugar exemplar, do ponto de vista da organização de um amplo movimento antimanicomial e da constituição de modelos criativos de rede assistencial extra-hospitalar, dados do DATASUS de 2000 indicam ainda a existência de 61.393 leitos em 260 hospitais psiquiátricos. Estima-se que pelo menos 20% das pessoas internadas estejam nesta condição há mais de um ano, o que as caracterizam como internos/moradores destas instituições.

Pesquisas epidemiológicas recentes detectaram uma prevalência média de transtornos mentais na população brasileira da ordem de 20% da população. Isto significa que aproximadamente 34 milhões de brasileiros estariam acometidos de transtornos mentais que os levariam a procurar alguma ajuda para minorar o sofrimento. O Caderno Informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) afirma, na análise do panorama atual da reforma psiquiátrica brasileira, que, apesar da existência de inúmeras iniciativas de práticas substitutivas e da redução de números de leitos manicomiais em nosso país, o modelo tradicional de internação nos hospícios permanece hegemônico. Conclusão a que se chega pela constatação da capacidade instalada do sistema de atenção em saúde mental e pela verificação de que os recursos financeiros

ros destinados a esta área têm sido alocados majoritariamente para os hospitais psiquiátricos.

O Ministério da Saúde tem investido verbas crescentes no sistema hospitalar: no ano de 2.000 foram investidos cerca de R\$ 460 milhões; em contrapartida, no sistema substitutivo o investimento foi de R\$ 46 milhões. A média de aplicação no setor hospitalar tem sido, nos últimos anos, de 90% do total dos recursos financeiros (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001). A contrapartida dos hospitais psiquiátricos diante do investimento milionário do Ministério da Saúde e dos gestores Estaduais e Municipais é a melhoria nas condições de hotelaria aos internos, ou seja, a manutenção da lógica de internação e segregação contrária a desinstitucionalização. A esta disparidade de investimentos no sistema manicomial (apenas 237 mil pessoas atendidas, aproximadamente) em detrimento dos serviços substitutivos que representam um número irrisório diante das necessidades e da presença significativa de pessoas internadas há mais de um ano nos hospícios, somam-se situações de freqüentes violações dos direitos humanos fundamentais no interior de inúmeras instituições psiquiátricas, verificadas principalmente em vistorias realizadas, no ano 2000, pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Este fato foi corroborado pela ampla investigação promovida pelo próprio Ministério da Saúde, a partir do Plano Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos, cujos resultados condenaram a ampla maioria desses Hospitais a avaliações de regular/mau.

Constata-se também a existência de camadas significativas da população que não têm acesso a atenção em saúde mental pública e que muitas vezes se encontram em situação de abandono ou de 'institucionalização' nas próprias casas (cárcere privado). Além da seriedade dos problemas mencionados, há necessidade de aprofundamento de várias outras temáticas que dizem respeito ao sofrimento psíquico que os milhões de brasileiros estão sujeitos diante das transformações radicais que vêm ocorrendo no mundo como efeito de políticas neoliberais. Políticas que acentuam cada vez mais o abismo entre riqueza e miséria, que geram desemprego e exclusão dos bens materiais e culturais, que empurram a população para o desespero, para a falta de esperança, para o uso cada vez maior de drogas e álcool, para a adoção de comportamentos violentos e anti-sociais; políticas que destroem o que resta de solidariedade e de relação humana.

Políticas intersetoriais para o avanço da Reforma em Saúde Mental Definir políticas de saúde mental no contexto do SUS, requer avançar em propostas que superem as medidas exclusivamente psiquiátricas ou psicológicas que o Ministério da Saúde até hoje não conseguiu superar; propostas que além de prestar cuidados às pessoas acometidas das conseqüências psíquicas da miséria, da fome e do desemprego, contribuam, através de ações intersetoriais, para a erradicação destes problemas.

É preciso caminhar na contracorrente de políticas de saúde verticalizadas definidas até hoje pelo Ministério da Saúde a partir exclusivamente de critérios de financiamento. Os rumos da reorientação de modelo, inscrita oficialmente pelos órgãos governamentais no contexto da reforma psiquiátrica, têm-se mostrado contraditórios. As formulações de propostas, bem como sua implementação, viabilizada até então pela Assessoria Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde acabou por cumprir o papel de operador da ordem institucional e, sob a lógica neoliberal, ficou num lugar marginal quanto ao poder instituinte de práticas libertárias e, ao mesmo tempo, reprodutora dos interesses do capital. Tal situação tem anulado a expressão criadora de múltiplas experiências, da multiplicação de diferenças e referências, e atingindo o núcleo assistencial dos modelos antimanicomiais emergentes, normatizando-os a partir dessa arma infalível que é o financiamento. Temos um modelo reduzido de assistência à saúde mental, criado a partir dessa política vertical e compartimentalizada, que desrespeita as especificidades locais e o acúmulo teórico-conceitual e técnico-assistencial dos sujeitos desses mesmos territórios.

Medidas e ações a serem deflagradas:

- 1) Realizar um diagnóstico nacional acerca dos arranjos assistenciais em saúde mental e de inclusão social de segmentos marginalizados que vêm sendo desenvolvidos com sucesso nos níveis regionais. Considerar as características culturais e sociais de cada localidade, de forma a se desenhar um perfil singular de necessidades e potencialidades.
- 2) Iniciar a elaboração, junto às Universidades Públicas, de um novo Estudo Multi-cêntrico sobre Prevalência de Transtornos Mentais no Brasil que garanta a formulação mais adequada de indicadores epidemiológicos e de estratégias de enfrentamento (o último estudo deste tipo foi realizado em 1990).
- 3) Constituir grupo de trabalho para viabilizar técnica e politicamente a inversão progressiva dos recursos financeiros dirigidos aos hospitais psiquiátricos para a ampliação de redes substitutivas em saúde mental, a partir da abertura de financiamento às políticas municipais que priorizem ações intersetoriais e a participação popular e que sejam resultantes de planejamento local. O impacto dessas políticas poderá ser verificado a partir dos seguintes indicadores: ampliação da cobertura assistencial da população e índices que comprovem a desinstitucionalização com a inclusão social progressiva e efetiva dos portadores de transtornos mentais (por exemplo, utilização decrescente de leitos manicomial pelo município).
- 4) Constituir grupo de trabalho, em conjunto com representantes do CONASEMS, CONASS e do MS, para viabilizar técnica e politicamente a redução de leitos contratados e conveniados pelo SUS em Hospitais Psiquiátricos com mais de 200 leitos, considerado o máximo de leitos tecnicamente aceitável. O resultado do estudo deverá ser apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde.
- 5) Desencadear uma ampla mobilização nacional em defesa dos direitos humanos dos diferentes popularizando a reflexão sobre o nexo entre o sofrimento institucionalizado e cronificado em Instituições Totais - como os Hospitais Psiquiátricos, Asilos, Abrigos Infantis tipo "FEBEM" - e o desemprego, o abandono, a fome, a seca, a ausência de escola, de moradia, de lazer, de tolerância e de solidariedade. Nesse contexto de sensibilização da sociedade, fomentar a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos como um projeto nacional e de apoio popular;
- 6) Desencadear processo de criação da Norma Operacional de Saúde Mental com os princípios norteadores da nova política de saúde mental, fundamentada em referenciais epidemiológicos, antimanicomiais, humanitários e libertários que: (a) oriente a diversidade dos modelos de saúde mental em função de planejamento local; (b) defenda a municipalização, a intersetorialidade, o desenvolvimento comunitário sustentável, a partir da convivência dos diferentes e do acesso universal aos bens materiais e culturais; (c) condicione o financiamento das políticas locais de saúde mental à realização de concursos públicos para todos os seus trabalhadores e a existência de participação popular em sua gestão.
- 7) Divulgação de iniciativas praticadas no território nacional de políticas públicas que representem inegável enfrentamento à exclusão de segmentos marginalizados a partir de ações culturais e de geração de renda, as quais, valendo-se da própria cultura, e não da identidade estigmatizada dos indivíduos, possibilitem o trânsito de subjetividades e de suas diferenças, e apontem para o desenvolvimento sustentável do território, através do potencial criativo e do exercício pleno de cidadania.
- 8) Criar estratégias para promover ações de enfrentamento ao lixo e à degradação ambiental no país, particularmente nos grandes centros urbanos, a partir de iniciativas diversificadas que conjuguem ações sócio-ambientais, e segmentos populacionais marginalizados, entre estes os portadores de sofrimento e transtornos mentais.
- 9) Investir, em conjunto com a Comunidade Científica, na formação contínua de trabalhadores de saúde mental, trabalhadores sociais, de agentes comunitários, acompanhantes terapêuticos, cuidadores e outras modalidades inovadoras de agen-

tes de atenção à saúde e à saúde mental, estimulando o saber qualificado e estabelecendo uma relação de respeito e de troca com os saberes populares.

- 10) Criar condições objetivas para elaboração interministerial de normas, consoantes com as ações de vigilância em saúde do trabalhador, que incentivem o desenvolvimento de ações nos locais de trabalho para erradicação de processos e organizações do trabalho nocivos à saúde física e psíquica dos trabalhadores, de acordo com o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho elaborado pela CIST/CNS. Tais ações deverão fazer parte das atribuições de todos os serviços de atenção em saúde mental, notadamente aqueles da atenção básica e ambulatorial.
- 11) Criar grupo de trabalho em conjunto com a instância ministerial reguladora dos planos e seguros de saúde com o objetivo de elaborar anteprojeto que defina a prestação de cuidados integrais de saúde mental aos portadores de transtornos mentais, e não apenas o atendimento psiquiátrico, como atribuição de todos os planos de saúde. Tal medida beneficiaria cerca de 40 milhões de brasileiros consumidores de planos de saúde que recorrem ao SUS na ocorrência de transtorno mental.
- 12) Estimular a criação de Conselhos Gestores de Serviços de Saúde Mental e Comissões Municipais e ou Estaduais de Reforma em Saúde Mental, subordinados aos respectivos Conselhos de Saúde, que garantam a efetiva participação popular nas definições da Política de Saúde Mental Brasileira.

#### **4. PREOCUPAÇÕES E REFLEXÕES: ACESSO, EQUIDADE E INTEGRALIDADE.**

Considerando as conquistas implementadas pelos diversos setores da sociedade no campo dos direitos sociais, onde a Saúde é considerada como um direito do cidadão e da cidadã, independente de raça, cor, credo ou religião, classe social, sexo e orientação sexual. Pautada nos princípios da integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e controle social

Considerando que é dever do Estado, “garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Considerando que o estado brasileiro, por força da Constituição Federal, têm o dever de promover a saúde nos níveis de prevenção, promoção, cura/reabilitação, garantindo a participação de todos os setores sociais envolvidos nas ações de saúde. Bem como os marcos legais e conceituais nacional e internacional que dão sustentação ao direito a saúde.

A Relatoria Nacional dos Direitos à Saúde da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais, pautada nos Termos de Referência da referida Relatoria e tomando como ponto de partida o monitoramento da aplicação dos DHESC - Direitos Humanos, Econômicos, sociais e Culturais em Saúde, apresenta as seguinte *preocupações e reflexões*:

- a) *Como os direitos humanos podem ser garantidos na área da saúde se o acesso aos serviços não tem sido universal, nem equânime e nem integral?*
- b) *Como se pensar a contribuição dos Dhesc para a construção da cidadania, num contexto social/político e econômico absolutamente marcado pelo desrespeito a vida humana?*
- c) *Quais os instrumentos que a Plataforma Dhesc pode construir para garantir os direitos humanos, na perspectiva de sua ampliação e expansão?*
- d) *O SUS deve ser acionado como políticas públicas para garantir os direitos humanos.*

## Anexo

---

### MORTALIDADE MATERNA

#### Dados sobre Mortalidade Materna

Coefficientes de Mortalidade Materna (CMM) no Brasil no Período de 1980 a 1996

Ano	Nº de óbitos	Estimativa de nascidos vivos	TMM
1980	2551	3702706	68,90
1981	2540	3721223	68,26
1982	2293	3727702	61,51
1983	2118	3732631	56,74
1984	1962	3734708	52,53
1985	1892	3721790	50,84
1986	1814	3667950	49,46
1987	1912	3610137	52,96
1988	1759	3550012	49,55
1989	1670	3490780	47,84
1990	1633	3424621	47,68
1991	1511	3438062	44.2
1992	1529	3427590	44.6
1993	1641	3423632	47.9
1994	1654	3423413	48.3
1995	1635	3430089	47.7
1996	1465	3446334	42.5
1997	1787	3465852	51.6

Fonte: SIM/CENEPI/FNS e Estimativa de Nascidos Vivos do IBGE

## Taxa de Mortalidade Materna

Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo Região e UF - Brasil, 1997-1999									
Região e UF	1997			1998			1999		
	Taxa	Óbitos maternos	Nascidos vivos	Taxa	Óbitos maternos	Nascidos vivos	Taxa	Óbitos maternos	Nascidos vivos
Brasil	61,02	997	1.633.760	68,00	1.359	1.998.664	55,77	1138	2.040.429
Região Sudeste	58,50	568	970.915	67,79	915	1.349.764	53,36	739	1.384.878
Minas Gerais	...	...	...	86,59	294	339.541	41,88	143	341.437
Espírito Santo	...	...	...	51,26	30	58.526	42,76	26	60.800
Rio de Janeiro	66,55	179	268.968	79,37	205	258.284	74,94	201	268.213
São Paulo	55,42	389	701.947	55,67	386	693.413	51,65	369	714.428
Região Sul	71,51	337	471.234	76,25	350	459.039	61,87	291	470.326
Paraná	79,37	153	192.757	84,15	156	185.378	83,03	155	186.675
Santa Catarina	48,10	47	97.717	43,69	42	96.123	43,50	43	98.854
Rio Grande do Sul	75,79	137	180.760	85,62	152	177.538	50,33	93	184.797
Região Centro-Oeste	48,01	92	191.611	49,51	94	189.861	58,31	108	185.225
Mato Grosso do Sul	55,27	24	43.420	54,87	23	41.917	52,56	22	41.859
Goias	46,38	47	101.336	44,21	44	99.526	69,14	65	94.017
Distrito Federal	44,82	21	46.855	55,76	27	48.418	42,55	21	49.349

### Fontes:

MS/FUNASA/CENEPI - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; MS/FUNASA/CENEPI - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE/Estimativas demográficas

### Notas:

1. As taxas foram calculadas diretamente dos sistemas SIM e SINASC para os estados que atingiram percentual de cobertura igual ou superior a 90% dos óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade, correspondendo a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção do Mato Grosso. Para Minas Gerais, utilizou-se como número de nascidos vivos o valor estimado pelo IBGE.
2. Os totais para o Brasil e Regiões foram calculados apenas com as UFs consideradas.

**Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil**

<b>Internações por Região e Especialidade</b>										
<b>Período: Dez/2002</b>										
<b>Região</b>	<b>Cirurgia</b>	<b>Obstetrícia</b>	<b>Clín.Méd.</b>	<b>Crôn/ FPT</b>	<b>Psiquiatria</b>	<b>Tisiologia</b>	<b>Pediatria</b>	<b>Reabilitação</b>	<b>Psiqu-HDia</b>	<b>Total</b>
Região Norte	15614	22416	21666	1	345	83	15242	0	20	75387
Região Nordeste	63515	73764	90369	283	5225	251	48792	266	492	282957
Região Sudeste	101998	74551	124409	620	9838	828	38440	405	664	351753
Região Sul	41383	24780	64950	118	5305	85	21904	0	367	158892
Região Centro-Oeste	18024	14438	30510	90	2063	86	10182	223	179	75795
Total	240534	209949	331904	1112	22776	1333	134560	894	1722	944784

## ATÉ NA HORA DO PARTO, NEGRA É DISCRIMINADA

---

SABRINA PETRY

da **Folha de S. Paulo**, no Rio

Hospitais e maternidades, públicos e particulares, da cidade do Rio de Janeiro tratam melhor as gestantes brancas do que as negras. O tipo de atendimento é diferenciado pela cor durante a gravidez e até na hora do parto.

Essa é a conclusão de uma pesquisa feita pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), em parceria com a Prefeitura do Rio, com 10 mil mulheres, imediatamente após o parto, entre os meses de julho de 1999 e março de 2001.

Um dos dados do estudo que mais impressionaram os pesquisadores foi o de anestesia no parto normal. O estudo apontou que até nesse aspecto as mulheres negras sofreram preconceito: 11,1% delas não receberam anestésico, pouco mais do que o dobro do percentual das brancas que não foram anestesiadas (5,1%).

A diferença foi verificada até mesmo em hospitais públicos, e a desigualdade aconteceu também quando as entrevistadas, brancas e negras, pertenciam à mesma classe social e tinham o mesmo nível de escolaridade.

"Isso nos impressionou muito. Primeiro achamos que estávamos comparando pessoas de classes sociais e de níveis de escolaridade diferentes. Mas, quando percebemos que a diferença se mantinha, ficamos chocados", disse a pesquisadora Silvana Granado, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e uma das coordenadoras do levantamento.

O número de grávidas negras que não foram examinadas de maneira adequada durante o exame pré-natal também é maior, se comparado com as brancas.

Segundo a pesquisa, 95,9% das negras tiveram o batimento cardíaco fetal auscultado em todas as consultas, contra 97,6% das brancas. Silvana lembra que o procedimento tem de ser feito em todo o período que antecede o parto.

O mesmo acontece com relação à medição do tamanho do útero: 85,4% das gestantes brancas responderam "sempre" quando perguntadas sobre a frequência do procedimento, enquanto 81,9% das negras disseram que foram submetidas a esse procedimento.

As dúvidas das mães e as explicações médicas durante os exames também foram diferenciadas de acordo com a cor das mulheres. O estudo mostra que 73,1% das brancas foram informadas sobre os sinais do parto e 83,2% receberam informações sobre alimentação adequada durante a gravidez. Entre as negras, esses números foram inferiores: 62,5% e 73,4%, respectivamente.

A pesquisadora alerta para a possibilidade de os filhos das mulheres negras terem problemas de desenvolvimento, principalmente quando elas são adolescentes e de baixa escolaridade.

"Um médico pode estar prejudicando a criança quando deixa de falar sobre a importância do pré-natal, do aleitamento materno e dos cuidados com o recém-nascido", declarou Silvana.

A pesquisa mostrou que 26,6% gestantes negras não sabiam da importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. Entre as brancas, o número era menor: 19,8%.

O bebê de Joice Athaide, 18, negra, pode ser uma das crianças que sofrem com o mau atendimento dos médicos. Grávida de nove meses, ela contou que só fez dois exames de pré-natal.

"Foram dois médicos diferentes, e os dois disseram que eu não precisava me consultar todos os meses, bastava assistir a uma palestra que estava tendo no dia em que eu estava lá", afirmou Joice.

Depois de sofrer um sangramento, a mãe a fez procurar o Instituto Fernandes Figueira (zona sul do Rio), especializado em gravidez de risco. Durante de uma consulta, Joice foi informada sobre a má-formação de alguns órgãos do neném.

Segundo os pesquisadores, a falta de explicação sobre a necessidade do pré-natal mensal pode resultar na diminuição desse tipo de consulta entre as mães e, por consequência, afetar o bebê.

Conforme dados da pesquisa, 18,3% das negras não foram informadas da importância do exame e 5,1% delas não o fizeram. Entre as brancas, esses índices são de 14,8% e 2,5%, respectivamente.

A desigualdade pôde ser observada até quando as entrevistadas responderam sobre a permissão de um acompanhante antes e depois do parto. Segundo a pesquisa, 46,2% das brancas puderam ter ao lado o marido ou alguém da família, enquanto isso foi permitido a apenas 27% das negras.

Os responsáveis pela pesquisa não encontraram outra explicação para os dados coletados a não ser o preconceito. "Foi uma surpresa, não sabíamos que íamos encontrar essa diferença", disse Kátia Rato, coordenadora do setor materno-infantil da Secretaria Municipal de Saúde e uma das idealizadoras do levantamento.

Na sua opinião, a discriminação ainda não havia sido verificada cientificamente porque nem os médicos têm consciência de que estão agindo com preconceito.

Não existe nenhum projeto específico para combater a discriminação nas maternidades, mas Kátia disse acreditar que o Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde, que visa reciclar médicos para dar melhor atendimento e mais informações às gestantes, pode ajudar a homogeneizar o tratamento e a acabar com as diferenças no cuidado das gestantes.

*<http://www.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u51689.sbl>  
26/05/2002 - 03h55*

## **MÉDICOS AFIRMAM QUE PESQUISA É "EQUIVOCADA"**

---

da **Folha de S. Paulo**, no Rio

O obstetra e ginecologista Bartolomeu Penteado Coelho, diretor da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro), afirma não acreditar que haja preconceito contra as gestantes negras.

De acordo com ele, o que pode acontecer é as mulheres de classes sociais mais baixas e de pouca escolaridade sofrerem com atendimentos malfeitos devido à falta de instrução.

"Mulheres grávidas mais pobres e sem estudo não têm condições financeiras nem discernimento suficiente para procurar um bom posto de saúde ou hospital público e acabam sendo prejudicadas", disse Coelho.

Na opinião de Coelho, que já trabalhou na Maternidade Municipal Alexander Fleming e no Hospital Estadual Carlos Chagas, ambos em Marechal Hermes (zona norte do Rio), não existe diferença de atendimento em unidades da rede pública. "O tratamento é idêntico."

O médico afirmou que a pesquisa mostra uma conclusão equivocada.

"Em alguns lugares, como na Baixada Fluminense [periferia do Rio], o atendimento nos hospitais públicos é ruim, não importa a cor da pessoa.

Acontece que nesses lugares a maioria dos pacientes é pobre e grande parte deles é composta por negros. Como as gestantes negras são maioria, a pesquisa acaba concluindo que elas recebem um atendimento pior, quando, na verdade, as brancas é que são poucas."

O médico afirma que, durante os 35 anos em que trabalhou em unidades públicas, nunca presenciou um ato de discriminação durante os atendimentos às mulheres grávidas.

"Nem mesmo hoje, que trabalho numa clínica particular, presencio coisas desse tipo. Um obstetra não se importa com a cor. A gestante é a nossa paciente", disse Coelho.

Rosana Benevides, ginecologista e obstetra, também não concorda com as conclusões apontadas pela pesquisa e culpa o serviço público pelo mau atendimento tanto das mulheres brancas quanto das negras.

"Isso é um problema crônico do serviço público de saúde. Num local onde o médico recebe baixos salários e trabalha sem condições ideais para atender às mulheres, ele vai atender mal, não importa a cor", alega.

Segundo ela, o preconceito também não existe nos hospitais e clínicas particulares, onde os profissionais são mais bem preparados e, portanto, não fariam distinção entre as pacientes.

Rosana trabalha numa clínica particular em Niterói (14 km do Rio) e dá plantões no Hospital Municipal Orêncio de Freitas e no Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, ambos na cidade.

*<http://www.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u51690.sbl>  
26/05/2002 - 04h00*

## **Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (DHESC BRASIL)**

A Plataforma Interamericana de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais, que integra a Plataforma DhESC Brasil, existe desde o início dos anos 90, e vem promovendo uma troca de experiências e soma de esforços na luta pela implementação dos direitos humanos com organizações da sociedade civil oriundas de diversos países do continente americano, destacadamente o Peru, Equador, Argentina, Chile, Bolívia, Colômbia, Cuba, Paraguai, Venezuela, entre outros. No Brasil, a articulação da Plataforma DhESC Brasil vem sendo coordenada nos últimos anos pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH).

Num momento em que a temática dos direitos humanos vem ganhando importância estratégica crescente no Brasil, especialmente no que diz respeito à dimensão dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais (DHESC), o MNDH tomou a iniciativa de ampliar esta articulação, a partir da qual foi formada uma articulação provisória da Plataforma composta por MNDH, FIAN-Brasil, Centro de Justiça Global, GAJOP, Comissão de Justiça e Paz de São Paulo e FASE. A Plataforma conta com um Secretariado sediado junto ao MNDH.

A Plataforma DhESC Brasil possui as seguintes esferas de atuação: 1) Atividades de Lobbying e Articulação em Âmbito Internacional; 2) Realização de Campanhas Anuais no Brasil em torno de temas que não sejam normalmente associados à temática dos DHESC; 3) Monitoramento da Implementação dos Direitos Humanos no Brasil (a) Acompanhamento do Processo de Revisão e Aplicação dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no Plano Nacional de Direitos Humanos; b) Criação da figura dos Relatores (ou Relatoras) Nacionais, com a finalidade desenvolverem processos de consulta ao nível nacional sobre a situação destes direitos no Brasil); 4) Formação em Direitos Humanos; 5) Seleção de “casos de exigibilidade” ao nível jurídico nacional e internacional (ONU e OEA); 6) Publicações especializadas sobre Direitos Humanos.

**O Projeto Genebra 2003 e esta publicação contam com o apoio das seguintes entidades:**

- **Catholic Relief Services (CRS)**
- **Fundação Ford**
- **Processo de Articulação e Diálogo entre as Agências Ecumênicas Europeias e Parceiros Brasileiros – PAD**

### **Coordenação da Plataforma DhESC Brasil**

Luís Peixoto – FIAN - Brasil  
Sven Hilbig – Centro de Justiça Global  
Jayme Benvenuto Lima Jr. – GAJOP  
Magali Godoi – Comissão de Justiça e Paz de São Paulo  
Márcio Alexandre Gualberto - FASE  
Paulo Carbonari – Secretário Técnico  
Frederico dos Santos – Movimento Nacional de Direitos Humanos

O Projeto Genebra 2003 é executado para a Plataforma DhESC Brasil pelo Programa dhINTERNACIONAL, de responsabilidade do GAJOP e do Movimento Nacional de Direitos Humanos – Regional Nordeste:

### **Projeto Relatores Nacionais em DhESC**

Jayne Benvenuto Lima Jr. – Coordenador  
Magali Godoi – Apoio à Coordenação

### **Movimento Nacional de Direitos Humanos – Regional Nordeste**

#### **Coordenadores Nacionais do Regional**

Aldenice Rodrigues Teixeira  
Manoel Messias Moreira da Silva

#### **Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares**

Coordenação Colegiada

Fernando Matos – Coordenador Geral  
Valdênia Brito – Coordenadora Adjunta  
Jayme Benvenuto Lima Jr. – Coordenador do Programa dhINTERNACIONAL  
Célia Rique – Coordenadora do Programa Educação para a Cidadania  
Rodrigo Pellegrino

Programa dhINTERNACIONAL

Jayne Benvenuto Lima Jr. – Coordenador  
Fabiana Gorenstein – Advogada  
Leonardo Hidaka – Advogado  
Lena Zetterström – Assessora de Comunicação

### **AGRADECIMENTOS**

*A todas as entidades e pessoas que auxiliaram o trabalho dos Relatores Nacionais em Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais*

### **RELATORES NACIONAIS EM DHESC (SAÚDE)**

**Eleonora Menicucci de Oliveira** é socióloga, sanitarista, professora livre docente na área de saúde coletiva do departamento de medicina preventiva da Unifesp/Escola Paulista de Medicina. É fundadora da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Sexuais, onde atua desde 1990. Tem como linhas de pesquisa o tema da saúde e relações de gênero, com ênfase nos eixos temáticos saúde, trabalho e gênero; direitos reprodutivos e sexuais; violência sexual e doméstica contra a mulher e saúde e sociedade. É membro do Comitê Científico da ABRASCO - Associação de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Associação Paulista de Saúde Pública. Relatora Nacional para o Direito Humano à Saúde.

### **ASSESSORES NACIONAIS (SAÚDE)**

**Lúcia Maria Xavier de Castro** é Assistente Social, é assessora da Relatora Nacional para o Direito à Saúde. Sócia fundadora de CRIOLA - Organização de Mulheres Negras do Rio de Janeiro, Coordenou o AZIZA -Programa de Direitos Humanos das Mulheres Negras. Assessora parlamentar para assuntos criança, adolescente, gênero e raça- Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, no período de 1991 a 2002. Exerceu o cargo de Subsecretaria Adjunta de Defesa da Cidadania da SSP/RJ em 2002.